RESOLUCIÓN DIRECTORAL

R/D N° 096 -2023/DIFOSMAR

FOLIO: 275 - 277

06 DIC 2023

Resolución Directoral

Visto, el Informe Tecnico N° 008-2023 del Sub-Director Ejecutivo de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, de fecha 13 de noviembre del 2023, y;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842 "Ley General de Salud", establece que la protección de la salud es de interés público, por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla. El Estado promueve el aseguramiento universal y progresivo de la población para la protección de las contingencias que pueden afectar su salud y garantiza la libre elección de sistemas previsionales, sin perjuicio de un sistema obligatoriamente impuesto por el Estado para que nadie quede desprotegido;

Que, la Ley N° 29344 "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud" tiene por objeto garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento;

Que, el Reglamento de la "Ley de Aseguramiento Universal en Salud" aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2010-SA, tiene por objeto dictar las disposiciones que desarrollen los mecanismos de implementación y desarrollo del Aseguramiento Universal en Salud, necesarias para el adecuado cumplimiento de los objetivos del aseguramiento universal contenidos en la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud;

Que, el Decreto Supremo N° 010-2016-SA, tiene por objeto establecer las disposiciones para la adecuación administrativa y contable de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas – IAFAS Públicas, en consideración a sus fines, naturaleza de la organización y normas presupuestarias, asimismo, su artículo 4° establece que las IAFAS tienen por finalidad recibir, captar y/o gestionar fondos para la cobertura de las atenciones de salud u ofertar cobertura de riesgos de salud;

Que, el Decreto Legislativo N° 1173, Decreto Legislativo de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas se constituyen en Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), otorgándosele personería jurídica, así como autonomía administrativa y contable dentro de sus respectivas Instituciones Armadas;

Que, la Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S, aprueba los "Lineamientos, Normas y Cláusulas Generales del Contrato de Aseguramiento en Salud a ser suscrito entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud y las Entidades Empleadoras o los Asegurados";

Que, mediante el documento del visto, el Sub-Director Ejecutivo de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, manifiesta que a través del Oficio N° 00539-2022-SUSALUD/ISIAFAS, la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), remite adjunto el Informe de Fiscalización Orientativa sobre el estado situacional de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, respecto a su adecuación a lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 010-2016-SA, donde concluyen que la IAFAS FOSMAR no cuenta con un contrato de afiliación; motivo por el cual eleva el formato de póliza – contrato del Planes de Salud Básico elaborado por la Oficina de Planeamiento para su aprobación, a fin de dar cumplimiento a la normativa y procedimientos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD);

Que, mediante el Informe Legal N° 062-2023-IAFAS/AL, de fecha 25 de octubre del 2023, el Jefe de la Oficina de Asesoria Legal considera viable la aprobación de los formatos de Póliza de Seguro para el Plan de Salud Básico, por encontrarse de conformidad con la normatividad vigente de la materia;

Que, el numeral 1.2.1 del inciso 1.2 del artículo 1° del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 "Ley del Procedimiento Administrativo General", establece que no son actos administrativos "Los actos de administración interna de las entidades destinadas a organizar o hacer funcionar sus propias actividades o servicios. Estos actos son regulados por cada entidad, con sujeción a las disposiciones del Título Preliminar de esta Ley, y de aquellas normas que expresamente así lo establezcan". Asimismo, el inciso 7.1 del artículo 7° del mismo cuerpo legal, señala que "Los actos de administración interna se orientan a la eficacia y eficiencia de los servicios y a los fines permanentes de las entidades. Son emitidos por el órgano competente, su objeto debe ser física y jurídicamente posible (...)

De conformidad con lo establecido en la Ley N° 26842 "Ley General de Salud", la Ley N° 29344 "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud" y su reglamento, el Decreto Supremo N° 010-2016-SA que aprueba las "Disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas – IAFAS Públicas", el Decreto Legislativo N° 1173 "Decreto Legislativo de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud", la Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S "Lineamientos, Normas y Cláusulas Generales del Contrato de Aseguramiento en Salud", y el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 "Ley del Procedimiento Administrativo General";

Estando a lo recomendado por el Sub-Director Ejecutivo de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú;

SE RESUELVE:

Artículo 1°. - Aprobar la póliza – contrato del Plan de Salud Básico de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, por las razones expuestas en la parte considerativa de la presente resolución, la misma que se adjunta por Anexo 01.

Artículo 2°. - Encargar a la Oficina de Sistemas de la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud de la Marina de Guerra del Perú, la difusión de la presente resolución y sus anexos, en la página web de la Institución.

Regístrese, comuníquese, como Documento Oficial Publico (D.O.P)

Enrique AGUIRRE Giol
Contralmirante ADM.
Director Ejecutivo de la Institución Administradora
De Fondos de Aseguramiento en Salud de la
Marina de Guerra del Perú

DISTRIBUCIÓN:
Copia: Archivo

Anexo (1) a la R/D N° 096-2023/DIFOSMAR
de fecha 06 DIC 2023

CONTRATO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD PARA EL PLAN DE SALUD BÁSICO IAFAS - CONTRATANTE

IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ

IAFAS de la Marina de Guerra del Perú	RUC:	20555989912	Teléfono:	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 Básico, 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** el cual adquiere los beneficios y responsabilidades detallados en EL CONTRATO.

1. **Datos del CONTRATANTE**

Contratante:	Marina de Guerra del Perú	R.U.C.:	20153408191
Dirección:			

2. **Datos del TITULAR**

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

3. **Relación de ASEGURADOS afiliados por el TITULAR**

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.

CLAUSULAS GENERALES

CLÁUSULA PRIMERA. - OBJETO

La IAFAS otorga al **ASEGURADO** la cobertura de salud mediante el Plan de Salud Básico, 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.

Para efectos de las Cláusulas Generales y Particulares de **EL CONTRATO**, se denominará **TITULAR** a aquellas personas por las que el **CONTRATANTE** efectúa el aporte de la prima mensual equivalente al 6% de su remuneración consolidada, pensión o propina, según corresponda y **ASEGURADO** a aquellas personas que se encuentran afiliados y tienen derecho a la cobertura del Plan de Salud Básico por ser Derechohabientes del **TITULAR**.

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 Básico, 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, copagos, cobertura financiera 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. **Accidente:** es toda lesión corporal producida por la acción imprevista fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad y que puede ser determinada por los médicos de una manera cierta.
2. **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.
3. **Afiliación:** es el proceso efectuado para la inscripción en un plan de aseguramiento en salud.
4. **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).
5. **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.
6. **Carta de Garantía:** es el documento que autoriza la atención del **ASEGURADO** en la IPRESS en convenio o contrato con **LA IAFAS**.
7. **Cobertura de salud:** son las prestaciones de salud financiadas por la IAFAS a las que tienen derecho el **ASEGURADO** en la IPRESS de la Marina de Guerra del Perú e IPRESS Públicas y Privadas Extra-Institucionales debidamente registradas en SUSALUD dentro del territorio nacional.
8. **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.
9. **Continuidad:** es el reconocimiento del tiempo de permanencia en los contratos inmediatamente anteriores a la vigencia de un nuevo Contrato.
10. **Copago:** es el porcentaje del costo de la prestación de salud, atención ambulatoria o tratamiento hospitalario que el **ASEGURADO** debe pagar directamente a la IPRESS que le brinde la cobertura de salud.
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. **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.
13. **Exclusiones:** son todas aquellas prestaciones no cubiertas por el Plan de Salud.
14. **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 salud de los **ASEGURADOS**.
15. **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 en SUSALUD.
16. **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**.
17. **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.
18. **Prima**: es la cuota mensual que el Estado aporta a la **IAFAS** para la atención médica del **ASEGURADO**, que corresponde al 6% de la remuneración consolidada, pensión o propina del **TITULAR**.
19. **Reembolso**: es el reconocimiento y devolución de gastos por una prestación de salud que el **ASEGURADO** se ha visto en la necesidad de atender con sus propios medios económicos.
20. **Siniestros:** es la ocurrencia o materialización de los riesgos amparados por **EL CONTRATO**. En el riesgo en salud los siniestros son las atenciones médicas.
21. **Solicitud de reembolso**: es el formato que debe utilizar el **ASEGURADO** para iniciar un trámite de reembolso.
22. **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.
23. **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.
24. **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 Básico es obligatoria para todo el personal militar de la Marina de Guerra del Perú y sus derechohabientes, por quienes el **CONTRATANTE** aporta a la IAFAS una prima mensual equivalente al 6% de la remuneración consolidada, pensión o propina, según corresponda.

El **TITULAR** 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**.

Se podrán afiliar al Plan de Salud Básico, aquellas personas 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 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 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.- Los Derechohabientes que se encuentren inscritos en la base de datos de la Dirección de Administración de Personal de la Marina que cumplan con las siguientes condiciones:

a) Cónyuge o conviviente reconocido legalmente de acuerdo con la normativa aplicable.
b) El/la hijo(a) menor de DIECIOHO (18) años.
c) El/la hijo(a) mayor 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.
d) El/la hijo(a) declarado judicialmente interdicto, de acuerdo con la normativa vigente.
e) El/la hijo(a) que sea mayor de DIECIOHO (18) años y menor de VEINTIOCHO (28) años, que sea 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 vigente.
f) Los familiares que hayan heredado la pensión del **TITULAR**, siendo requisito indispensable que el Estado continue efectuando el aporte de la prima mensual a la IAFAS.

Los hijos recién nacidos tendrán derecho al financiamiento de prestaciones de salud en forma temporal hasta los VEINTIOCHO (28) días calendario contados a partir del nacimiento, siempre y cuando acrediten la presentación del Certificado de Nacido Vivo (CNV), debiendo el **TITULAR** regularizar su inscripción en la base de Datos de la Dirección de Administración de Personal de la Marina dentro de dicho plazo, salvo casos debidamente sustentados.
Durante este lapso la deuda será cargada al **TITULAR**, de acuerdo con la cobertura financiera que le corresponde, aplicándose únicamente las condiciones asegurables consideradas en el Plan de Salud Básico.

CLÁUSULA QUINTA. - PERDIDA DE LA CONDICION DE AFILIADO

LA IAFAS no brinda cobertura de salud a aquellas personas por las que el **CONTRATANTE** no aporta la prima mensual equivalente al 6% de su remuneración consolidada, pensión o propina, según corresponda por ser una condición necesaria para ser considerado como **ASEGURADO**.

CLÁUSULA SEXTA. – COBERTURA DE SALUD

Las prestaciones de salud que la IAFAS cobertura en el Plan de Salud Básico, serán brindadas a los **ASEGURADOS**, de acuerdo con el siguiente detalle:

1. La cobertura de salud será solo en el territorio nacional a través de la red de IPRESS de la Marina de Guerra del Perú y la red de IPRESS Públicas y Privadas Extra-Institucionales debidamente registradas en SUSALUD; de acuerdo con los porcentajes de cobertura financiera establecidos en la **Clausula Vigésima**.
2. La cobertura del Plan de Salud Básico será de acuerdo con el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) vigente y los beneficios adicionales incluidos en **EL CONTRATO**. Ante la eventualidad de situaciones de emergencias sanitarias por disposiciones del MINSA, se extenderá la cobertura de salud a favor de los **ASEGURADOS** y será de acuerdo con su condición asegurable.
3. La cobertura de salud referida a medicamentos será considerando los medicamentos con Denominación Común Internacional (DCI), que se encuentren comprendidos en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME), y el Petitorio Farmacológico del Plan de Salud Básico. Los medicamentos no contemplados en los petitorios farmacológicos mencionados requieren del sustento de una evaluación médica para tener una cobertura financiera diferenciada, con condiciones a establecer de forma específica y previo estudio financiero que debe realizar la IAFAS para determinar el impacto que generará al fondo del Sistema de Salud de la Marina.
4. La cobertura de salud referida a atenciones de emergencia que ponen en grave riesgo la vida y salud del **ASEGURADO**, serán cubiertas al 100% únicamente cuando un profesional médico determine expresamente que la atención corresponde a una prioridad I o II y mientras persista esa condición. Estas atenciones deben haberse realizado en IPRESS debidamente registradas en SUSALUD, debiendo el **TITULAR** o **ASEGURADO** atendido realizar los siguientes procedimientos:
   a. Solicitar la cobertura dentro de las 72 horas del siniestro a los emails de prestaciones.salud@iafasfosmar.pe y cartasdegarantia@iafasfosmar.pe
   b. En el caso de solicitar reembolso, deberá hacerlo de acuerdo con los procedimientos establecidos en la **Cláusula Vigesimocuarta**.
5. Se considera cobertura de salud originada por daños derivados del intento de autoeliminación o lesiones auto infringidas en el **TITULAR** o **ASEGURADO** que tengan un diagnóstico de salud mental confirmado.

Las prestaciones de salud comprenden las intervenciones, procedimientos y tratamientos que sean necesarios para el manejo de las contingencias, e incluyen los beneficios establecidos en el PEAS así como los beneficios adicionales considerados en el Plan Específico.

Las prestaciones de salud y medicamentos que cuentan con cobertura se encuentran detalladas en la página web (https://iafasfosmar.pe), debiendo considerarse de forma general las siguientes:

PRESTACIÓN	DESCRIPCIÓN	OBSERVACIÓN
Atención Ambulatoria	Es la atención de salud en la cual un paciente que no está en condición de Emergencia (prioridad I y II) acude a un establecimiento de salud con fines de prevención, promoción, recuperación o rehabilitación, estas incluyen consultas, honorarios médicos, medicamentos, exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos médico quirúrgico siempre y cuando no termine en	Se incluye la atención de urgencia calificada con prioridad III y IV. De acuerdo con la condición del asegurado, este deberá asumir el copago y/o los gastos no cubiertos por el plan.

PRESTACIÓN	DESCRIPCIÓN	OBSERVACIÓN
	internamiento, que se encuentra consignado en el documento técnico "Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud" vigente.	Aplican las exclusiones generales del Plan que se detallan en la **Cláusula Séptima.**
Hospitalización	Proceso por el cual el asegurado es ingresado a un establecimiento de salud para brindarle cuidados en la modalidad de internamiento, realizándose atenciones, procedimientos médico-quirúrgicos, con fines diagnósticos y terapéuticos que requieran permanencia y necesidad de soporte asistencial por más de 12 horas; por su grado de dependencia o riesgo, según corresponda al nivel de atención.	De acuerdo con la condición del asegurado, este deberá asumir el copago y/o los gastos no cubiertos por el plan. Aplican las exclusiones generales del Plan que se detallan en la **Clausula Séptima.**
Procedimiento médico-quirúrgico ambulatorio	Prestación de salud de una o más especialidades y/o subespecialidades quirúrgicas que se brinda a un paciente en una sala de operaciones, cuya recuperación y permanencia post operatoria debe de ser monitoreada en el establecimiento de salud correspondiente. Se encuentra consignado en el documento técnico "Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud" vigente.	De acuerdo con la condición del asegurado, este deberá asumir el copago y/o los gastos no cubiertos por el plan. Aplican las exclusiones generales del Plan que se detallan en la **Cláusula Séptima.**
Emergencia	Es toda condición súbita y fortuita, que requiera atención inmediata al poner en peligro inminente la vida y la salud que pueda dejar secuelas invalidantes. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II. La determinación de la condición de emergencia es realizada por el profesional de salud encargado de la atención bajo responsabilidad.	La pertinencia de atenciones como prioridad I y II están sujetas al procedimiento de auditoría médica.
Cuidados intensivos	Se brinda atención de salud especializada en medicina intensiva al paciente críticamente enfermo en condición de inestabilidad y/o gravedad, que no puede ser atendida en hospitalización común por su complejidad.	De acuerdo con la condición del asegurado, este deberá asumir el copago y/o los gastos no cubiertos por el plan. Aplican las exclusiones generales del Plan que se detallan en la **Cláusula Séptima.**
Maternidad	Prestación de salud brindada a la gestante, desde la concepción hasta el nacimiento, incluye control post natal hasta los primeros 28 días posteriores al nacimiento.	Aplican las exclusiones generales del Plan que se detallan en la **Cláusula Séptima.**
Exámenes, diagnósticos especializados - Apoyo al diagnóstico	Se brindan servicios complementarios o auxiliares, de la atención médica basado en evidencias, que tiene por finalidad coadyuvar en el diagnóstico de los problemas clínicos. Incluye exámenes de laboratorio clínico, imágenes, anatomía patológica, u otros.	Su uso según diagnóstico debe estar estandarizado en guías clínicas aprobadas por el Sistema de Salud de la Marina o el MINSA. De acuerdo con la condición del asegurado, este deberá asumir el copago y/o los gastos no cubiertos por el plan. Aplican las exclusiones generales del Plan que se detallan en la **Cláusula Séptima.**
Atención de prevención de riesgos	Se hace efectiva en la atención integral, considera medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, reducción de factores de riesgo, detener su avance y atenuar sus consecuencias. Se considera el patrón de morbilidad de la población objetivo.	Se considera para su despliegue las disposiciones sanitarias emitidas por el MINSA. De acuerdo con la condición del asegurado, este deberá asumir el copago y/o los gastos no cubiertos por el plan. Aplican las exclusiones generales del Plan que se detallan en la **Cláusula Séptima.**
Suministro de dispositivos médicos, insumos, accesorios y prótesis quirúrgicas	Es el otorgamiento de dispositivos médicos, insumos, accesorios y prótesis quirúrgicas para las condiciones asegurables consideradas en el PEAS y determinadas por Junta Medica, considerando el grado de recomendación fuerte con evidencia de alta calidad o de recomendación fuerte con evidencia de moderada calidad, según la escala GRADE (grado 1A y 1B) vigente.	Se puede realizar sólo en las IPRESS con las cuales se tiene convenio o contrato vigente. Su uso según diagnóstico debe estar debidamente sustentado en guías clínicas aprobadas por el Sistema de Salud de la Marina o el MINSA. De acuerdo con la condición del asegurado, este deberá asumir el copago y/o los gastos no cubiertos por el plan. Aplican las exclusiones generales del Plan que se detallan en la **Cláusula Séptima.**
Juntas Médicas	Reunión de dos o más especialistas para la toma de decisiones en relación con el diagnóstico y tratamiento, en casos requeridos por el médico tratante. En situaciones donde el Sistema de Salud de la Marina de Guerra del Perú no tenga la capacidad resolutiva y no exista convenio o contrato de reciprocidad, se financiará la participación de especialistas extrainstitucionales.	De acuerdo con la condición del asegurado, este deberá asumir el copago y/o los gastos no cubiertos por el plan. Aplican las exclusiones generales del Plan que se detallan en la **Cláusula Séptima.**
Medicamentos (Farmacia)	Es el preparado farmacológico obtenido a partir de uno o más principios activos, que pueden o no tener excipientes, que es presentado bajo una forma farmacéutica definida, dosificado y empleado para la prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o estado patológico o para modificar sistemas fisiológicos en beneficio de la persona a quien es administrado. La forma farmacéutica deberá estar registrada y autorizada por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), incluida en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) para el Sector Salud, vigente y en el petitorio farmacológico vigente.	Para todo nuevo medicamento a considerar dentro de la cobertura, deberá contar con una evaluación previa por parte de un comité farmacológico especializado quienes evalúen la necesidad, el costo beneficio y otros factores del fármaco nuevo a incorporar. De acuerdo con la condición del asegurado, este deberá asumir el copago y/o los gastos no cubiertos por el plan. Aplican las exclusiones generales del Plan que se detallan en la **Cláusula Séptima.**
Transporte asistido de pacientes	Es el traslado de un paciente adulto, pediátrico o neonatal, que por su condición patológica requiere ser evaluado o tratado en un establecimiento de salud de mayor complejidad; o ser trasladado	Sólo en diagnósticos considerados en el PEAS que ameriten una atención por emergencia bajo Prioridad I (y otros en condición repentina e inesperada que ponen en peligro eminente la vida

PRESTACIÓN	DESCRIPCIÓN	OBSERVACIÓN
	a un servicio médico de apoyo para un determinado procedimiento. Su aplicación se regirá mediante la normativa vigente.	y la salud, por consecuente requieren atención y procedimientos médicos y/o quirúrgicos inmediatos). La determinación de la condición de emergencia es realizada por el profesional médico encargado de la atención en la IPRESS de origen, bajo responsabilidad. La IPRESS de origen no debe contar con capacidad resolutiva para brindar la atención requerida por el afiliado. Se debe priorizar de manera inicial el transporte terrestre. No aplica en altas voluntarias del paciente para traslado a otras IPRESS. De acuerdo con la condición del asegurado, este deberá asumir el copago y/o los gastos no cubiertos por el plan. Aplican las exclusiones generales del Plan que se detallan en la **Cláusula Séptima.**

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.

CLÁUSULA SÉPTIMA. – EXCLUSIONES

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

1. Todas las prestaciones que sean atendidas sin acreditación previa de la IAFAS en los sistemas informáticos de acreditación correspondientes.
2. Todas las prestaciones extrainstitucionales sin autorización de la IAFAS; a excepción de atenciones en emergencias que están sujetas a validación prestacional.
3. Todo tipo de prestaciones de salud efectuadas en Instituciones que no sean IPRESS reconocidas y autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).
4. Atenciones, tratamientos o procedimientos realizados por personas que no sean profesionales de salud colegiados.
5. Tratamientos, terapias, procedimientos, intervenciones, medicamentos, fármacos o material médico, utilizados sin prescripción médica autorizada.
6. Todo procedimiento médico o quirúrgico de naturaleza cosmética o terapia que no contribuya a la recuperación o rehabilitación del paciente. Cirugías electivas (no recuperativas ni rehabilitadoras), cirugía plástica, cirugía reconstructiva, incluida la reconstrucción post cirugía oncológica, cambio de sexo y colocación o retiro de tatuajes ni piercing.
7. Estética dental, productos de higiene bucal, ortodoncia, obturaciones con oro, prótesis dentales, férulas, problemas en la articulación temporomandibular, prognatismo, problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular y cráneo mandibular, implantes dentales salvo intervenciones quirúrgicas por accidente debidamente demostradas.
8. Enfermedades, lesiones o defectos: congénitos de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, adquiridos al nacer y/o de origen genético (hereditario o no hereditario); manifestadas en cualquier etapa de la vida, a excepción de las condiciones indicadas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
9. Estudios, pruebas y/o screening genéticos (intra o extrauterinos) y tratamientos genéticos. Pruebas de laboratorio exámenes o estudios moleculares y/o genéticos y/o estudios de mutaciones u otras, de cualquier tipo, inestabilidad micro satelital genética molecular de sangre.
10. Estudios y despistajes genéticos para cualquier tipo de cáncer a excepción de las condiciones indicadas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
11. Paneles de diagnóstico rápido de patógenos múltiples para infecciones (Filmarray, Verigene, Maldi-Tof). Excepción: estudio de líquido cefalorraquídeo.
12. No se cubren tratamientos intrauterinos al feto que está por nacer.
13. Gastos por aborto provocado o intento de aborto no terapéutico.
14. Alimentación y cama de acompañantes. Todo tipo de servicios de confort personal durante la hospitalización como habitación tipo suite, televisores, radios, celulares, teléfonos, batas, etc. Asimismo, todo tipo de gasto por concepto de transporte o alojamiento de acompañantes.
15. Medicamentos biológicos tipo gammaglobulina o afines, salvo en las afecciones especificas indicadas por junta médica con la debida justificación basada en guías de práctica clínica.
16. Inmunoterapia ni lisados bacterianos, medicamentos inmunoestimulantes y terapias biológicas preventivas.
17. En caso de trastornos alérgicos, no se cubren procedimientos de desensibilización o pruebas relacionadas (inmunomoduladores, inmunoglobulinas, oligonucleótidos).
18. Suministro de nutrición parenteral y nutrición enteral (procedimiento, insumos y fórmula) y/o referidos a consultas nutricionales, excepto las suministradas durante hospitalización en estado consuntivo, post - operado en áreas críticas o casos debidamente sustentados por junta médica.
19. Fármacos como vitaminas, suplementos alimenticios, edulcorantes, suplementos nutricionales. Excepto las requeridas para carencias vitamínicas documentadas, control prenatal y post natal (de acuerdo con normas técnicas de MINSA), osteoporosis y vitamina K en hemorragias, leches maternizadas, excepto en casos de niños recién nacidos de madre VIH (+) a partir del nivel I-3 hasta el primer año.
20. Productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos, de uso medicinal como cannabis y derivados), estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes, neurotóxicos y neotrópicos, productos naturales, homeopáticos, alternativos o productos no medicinales, así como cualquier otro producto o medicamento no relacionado a la enfermedad objeto de cobertura.
21. Tratamiento con toxina botulínica. Excepto en casos de: Distonía cervical, espasmo, estrabismo, blefaroespasmo y espasticidad por parálisis cerebral debidamente sustentados por médico especialista. Sujeto a evaluación por auditoría médica.
22. Tratamiento con hormona de crecimiento con fines preventivos y/o estéticos.
23. No están cubiertos los servicios, procedimientos o tratamientos (medicamentos, insumos, implantes o material quirúrgico) considerados medicamente no necesarios (no sustentados en Medicina Basada en Evidencia, Nivel de Evidencia IIa de la Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ) y que en la evaluación realizada por organismos referentes (Food and Drug Administration - FDA, European Medicine Agency - EMA o Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health - CADTH) y DIGEMID (Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas), no cuenten con la aprobación expresa para la indicación específica por la que son solicitados. Medicamentos y/o tratamientos utilizados con fines placebo o de utilidad no demostrada.
24. Gastos por concepto de compra de sangre, plasma, hemoderivados, tejidos, órganos, así como la calificación de la sangre y los estudios de banco de sangre proveniente de donantes heterólogos o autólogo.
25. Subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia, sepelio y similares, para el **TITULAR** y derechohabientes.

26. Tratamiento quirúrgicos y procedimientos para insuficiencia venosa superficial de extremidades como várices y telangiectasias. Medias para várices. Escleroterapia para várices.
27. Hospitalizaciones para fines de curas de reposo o de sueño, cuidado sanitario, periodos de cuarentena o aislamiento.
28. Diagnósticos, estudios y tratamientos o cirugías para esterilización, fertilización (tanto fertilidad primaria como secundaria), materiales e insumos para la anticoncepción (DIU, implantes, píldoras e inyectables anticonceptivos), a excepción de las condiciones indicadas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
29. Procedimientos de Crio preservación o Criogenéticas.
30. Ecografías 3D y 4D. morfológicas y/o genéticas, con excepción de aquellas indicadas durante la gestación, para el diagnóstico de malformaciones congénitas con sospecha debidamente sustentada a través de ecografía convencional, e indicada por junta médica.
31. Todos gasto de salud realizado en el extranjero por concepto de enfermedad o accidente: honorarios médicos, procedimientos auxiliares, hospitalizaciones, medicinas, implementos, etc.
32. Medicamentos no comercializados a nivel nacional. Adquisición de medicamentos fuera del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) y del Petitorio Farmacológico de Marina vigentes, salvo indicación por Junta médica; y sujeto a auditoría médica y disponibilidad presupuestal.
33. Gastos de salud por accidente de Tránsito en los que en primera instancia son cubiertos por el Fondo de Compensación de SOAT. Están exceptuados de esta exclusión los gastos excedentes, luego de terminarse la cobertura de dicho fondo de compensación (SOAT). Se excluye de toda cobertura por parte de la IAFAS al conductor que ocasiona el accidente como consecuencia directa de consumo de alcohol, psicofármacos, consumo de estupefacientes o drogas ilícitas.
34. Todo gasto por concepto de chequeo médico y/o despistaje de enfermedades de una persona sana, excepto los que se realicen de acuerdo con programa preventivo especificado en el plan de salud.
35. Las atenciones o exámenes de capacidad psicofísica por ascenso, asimilación y/o de rutina, así como los gastos relacionados a evaluaciones para obtención de licencias o similares.
36. Suministro de órtesis (como silla de ruedas, corsés, fajas, botas, ortopédicas, rodilleras, tobilleras, coderas, collarines, remodelador craneal, zapatos y plantillas ortopédicas, soportes de zapatos de cualquier tipo, entre otros), ni prótesis externas (oculares, de extremidades, audífonos, implante mamario, prótesis dentales, entre otros), ni prótesis ortopédicas.
37. No se cubren audífonos, implante coclear, cristales, monturas, lentes de contacto, gafas y otros métodos correctivos intraoculares. A excepción de: a) Lentes intraoculares prescritos para tratamiento de cataratas, b) Provisión de anteojos medicados, con montura genérica y lunas oftálmicas según diagnósticos indicados en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
38. Compra o alquiler de equipos médicos tales como: glucómetros, bombas de fusión, bomba de acción de tiempo de coagulación activado, bombas de insulina (incluye insumos), termómetros, tensiómetros, respirados o ventilador mecánico, pulsioxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, Cough Assist, dispositivos CPAP o similares, neuro estimuladores cerebrales, equipos ambulatorios para rehabilitación, entre otros.
39. Productos dermatocosméticos, bloqueadores solares para fines preventivos y estéticos (foto protectores), humectantes, exfoliantes, antiage, despigmentantes, cremas neutras, jabones, shampúes y productos para higiene personal, pañales descartables, biberones y otros materiales de uso doméstico.
40. Medicina complementaria, alternativa y/o tradicional como acupuntura, ozonoterapia, homeopatía, quiropraxia, entre otros. No se cubren tratamientos de rehabilitación en gimnasios.
41. Equipos artificiales o mecánicos, así como artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos.
42. Cuidado por enfermeras, técnicas o auxiliares de enfermería adicionales a las ofrecidas en la IPRESS, durante la hospitalización o en domicilio.
43. Inmunizaciones no incluidas en el esquema de vacunas MINSA vigente. En IPRESS Extrainstitucional únicamente se cobertura inmunizaciones del recién nacido (las inmunizaciones del esquema de vacunación MINSA en calendario nacional son otorgadas por el Ministerio de Salud para toda la población, en todas las IPRESS públicas a nivel nacional).
44. Atenciones presenciales a domicilio de todo tipo.
45. Visco suplementación (ácido hialurónico, derivados y similares) para ninguna condición de salud osteoarticular. Micro resonancia magnética.
46. Gastos por daños relacionados al incumplimiento comprobado de las indicaciones médicas por decisión del propio paciente, así como por la automedicación en perjuicio de su curación y/o rehabilitación.
47. Gastos por complicaciones o consecuencias relacionadas a diagnóstico o tratamientos no cubiertos por el Plan de Salud.
48. Lesiones o enfermedades causadas por prácticas deportivas de alto riesgo; esquí, motocross, motociclismo, carrera de autos, paracaidismo, aviación deportiva, caza submarina y similares; con excepción de aquellas relacionadas estrictamente al servicio.
49. Cualquier prestación de salud no contemplada y/o que estuviera excluida, y que, pese a ello, hubiese sido otorgado por error o excepción, no genera un derecho adquirido y no establece obligación de cobertura futura a cargo de la IAFAS.
50. Gastos que tengan un fin administrativo como; copia de historia clínica, emisión de informes médicos certificado de salud para descanso médico por incapacidad u otros similares.
51. No se considera la cobertura de salud para prestaciones o atención de medicinas por enfermedades o patologías oncológicas.

CLÁUSULA OCTAVA- INICIO DE LA COBERTURA

La cobertura del Plan de Salud Básico inicia con el cumplimiento de las siguientes condiciones:

1. Desde el momento de la afiliación no existiendo periodo de carencia.
2. Para casos de maternidad, iniciará únicamente si la gestante se encuentra afiliada al momento de la concepción.

CLÁUSULA NOVENA. - LUGARES DE COBERTURA

Las prestaciones de salud serán cubiertas de manera preferente en las IPRESS Institucionales (Centro Médico Naval, Policlínico Naval de San Borja, Clínica Naval de Iquitos y otras con que cuente el Sistema de Salud Naval).

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

LA IAFAS mantendrá actualizada la información de la IPRESS Extra-Institucionales con convenio y/o contrato vigente, debiendo en un plazo no mayor a CINCO (05) días hábiles, efectuar la actualización en la página web en base a cualquier interrupción o cese del servicio por parte de alguna de estas IPRESS.

CLÁUSULA DECIMA. - INCUMPLIMIENTO DE APORTES DE PRIMAS

El incumplimiento de DOS (02) aportes de prima mensual por parte del **CONTRATANTE**, originará la suspensión automática de la cobertura otorgada en **EL CONTRATO**, la que se hará efectiva a partir del día siguiente de la fecha de vencimiento según cronograma de aportes.

La suspensión automática de **EL CONTRATO** será exceptuada en caso el **TITULAR** cambie de situación militar de "Actividad" a "Retiro", debiendo regularizar los aportes de las primas no aportadas por el **CONTRATANTE** a la IAFAS.
la IAFAS comunicará al **CONTRATANTE** y al **ASEGURADO** mediante comunicación escrita, correo u otro medio electrónico con que se disponga, sobre el incumplimiento del aporte de las primas y sus consecuencias, indicando el plazo que dispone para la regularización correspondiente.

CLÁUSULA DECIMOPRIMERA. – COPAGOS

De acuerdo con las condiciones de cobertura de salud otorgada a el **TITULAR** y sus **ASEGURADOS**, el Plan de Salud Básico dispone el máximo de cobertura financiera que se detalla en **Cláusula Vigésima**, lo que implica que el **TITULAR** y/o sus **ASEGURADOS** deben asumir copagos ante la IPRESS que le brinde la cobertura de salud.

CLÁUSULA DECIMOSEGUNDA. - 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 mayores copagos según evaluación de los patrones de morbilidad y la estructura poblacional afiliada.

La IAFAS deberá comunicar al **CONTRATANTE** y al **ASEGURADO** con una anticipación no menor a CUARENTA Y CINCO (45) días útiles previos al vencimiento de la vigencia de **EL CONTRATO**, mediante comunicación escrita, correo u otro medio electrónico con que se disponga, la intención de reajustar con incrementos las primas y/o copagos. Cumplido el indicado plazo, la "renovación" de **EL CONTRATO** será automática y considerando las nuevas condiciones.

CLÁUSULA DECIMOTERCERA. – INFORMACIÓN

LA IAFAS debe poner a disposición del **TITULAR** y del **ASEGURADO**, 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 Básico.

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 DECIMOCUARTA. - PLAZO CONTRACTUAL

La vigencia de **EL CONTRATO** es de UN (01) año, y de no mediar modificaciones previamente informadas, quedara automáticamente renovado por el mismo plazo.
En caso el **ASEGURADO** cambiara de situación militar antes del vencimiento de **EL CONTRATO, LA IAFAS** efectuará el cambio del Plan de Salud que corresponda, de acuerdo con los Porcentajes de cobertura financiera y copago que se detallan en la **Clausula Vigésima.**

CLÁUSULA DECIMOQUINTA. - DOMICILIO

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 **TITULAR** 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 recibida por el **TITULAR**.

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. El fallecimiento del **TITULAR** (*)
2. Desvinculación del **TITULAR** 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**, esto como consecuencia de que el **TITULAR** dejó de tener el derecho de percibir una remuneración, pensión o propina.
3. Que el **CONTRATANTE** no aporte la prima mensual equivalente al 6% de la remuneración consolidada, pensión o propina que percibe el **TITULAR**, según corresponda.

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

CLÁUSULA DECIMOOCTAVA. - 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**.

CLÁUSULAS PARTICULARES

CLÁUSULA DECIMONOVENA. – PRIMA MENSUAL

El **CONTRATANTE** deberá efectuar el aporte de la prima mensual que se detalla a continuación:

Aporte para cobertura de	Monto por aportar
Titular	6% de la remuneración consolidada, pensión o propina, según corresponda
Titular y 01 o más derechohabientes	6% de la remuneración consolidada o pensión

CLÁUSULA VIGESIMA. – PORCENTAJES DE COBERTURAS Y COPAGOS

La Cobertura financiera asumida por **LA IAFAS** y el Copago que debe asumir y/o realizar el **ASEGURADO**, se encuentra determinado en la siguiente tabla:

Nombre del plan	Condición del titular	Situación del Titular	Personal con derecho - parentesco de derechohabientes	Atenciones en IPRESS de la Marina de Guerra del Perú		Atención en IPRESS Extra-Institucionales Públicas		Atención en IPRESS Extra-Institucionales Privadas	
				Cobertura Financiera	Copago	Cobertura Financiera	Copago	Cobertura Financiera	Copago
PLAN DE SALUD 1 PLAN BÁSICO	VIDA	- Personal de Oficiales en situación de actividad. - Técnicos Supervisores en situación de actividad. - Técnicos y Oficiales de Mar en situación de actividad. - Cadetes Aspirantes y Alumnos Aspirantes en periodo de instrucción en los Centros de Formación.	1.- Titular	100%	0%	100%	0%	100%	0%
PLAN DE SALUD 2 PLAN BÁSICO	VIDA	Derechohabientes de: - Personal de Oficiales en situación de actividad. - Técnicos Supervisores en situación de actividad. - Técnicos y Oficiales de Mar en situación de actividad.	1.- Cónyuge/Conviviente 2.- Hijo menor de edad 3.- Hijo con discapacidad interdicto 4.- Hijo soltero siguiendo estudios hasta los 28 años 5.- Hijastro	70%	30%	90%	10%	80%	20%
PLAN DE SALUD 3 PLAN BÁSICO	VIDA	- Personal militar pensionable en retiro a causa de límite de edad en el grado. - Personal militar pensionable en retiro por renovación. - Personal militar pensionable en retiro con discapacidad o incapacidad (invalidez) en acción de armas. - Personal militar pensionable en retiro con discapacidad o incapacidad (invalidez) en acto del servicio. - Personal militar pensionable en retiro con discapacidad o incapacidad (invalidez) a consecuencia del servicio. - Personal militar pensionable en retiro con discapacidad o incapacidad (invalidez) por ocasión del servicio. - Personal militar masculino pensionable (con 30 años a más de servicio). - Personal militar femenino pensionable (con 25 años a más de servicio).	1.- Titular	100%	0%	100%	0%	100%	0%
PLAN DE SALUD 4 PLAN BÁSICO	VIDA	Derechohabientes de: - Personal militar pensionable en retiro a causa de límite de edad en el grado. - Personal militar pensionable en retiro por renovación. - Personal militar pensionable en retiro con discapacidad o incapacidad (invalidez) en acción de armas. - Personal militar pensionable en retiro con discapacidad o incapacidad (invalidez) en acto del servicio. - Personal militar pensionable en retiro con discapacidad o incapacidad (invalidez) a consecuencia del servicio. - Personal militar pensionable en retiro con discapacidad o incapacidad (invalidez) por ocasión del servicio. - Personal militar masculino pensionable (con 30 años a más de servicio). - Personal militar femenino pensionable (con 25 años a más de servicio). - Personal militar pensionable con grado de Almirante o Técnico Supervisor.	1.- Cónyuge/Conviviente 2.- Hijo menor de edad 3.- Hijo con discapacidad interdicto 4.- Hijo soltero siguiendo estudios hasta los 28 años 5.- Hijastro	70%	30%	90%	10%	80%	20%
PLAN DE SALUD 5 PLAN BÁSICO	VIDA	- Personal militar pensionable en retiro con 25 años y menos de 30 años de servicio (MASCULINOS).	1.- Titular	90%	10%	90%	10%	80%	20%
PLAN DE SALUD 6 PLAN BÁSICO	VIDA	Derechohabientes de: - Personal militar pensionable en retiro con 25 años y menos de 30 años de servicio (MASCULINOS).	1.- Cónyuge/Conviviente 2.- Hijo menor de edad 3.- Hijo con discapacidad interdicto 4.- Hijo soltero siguiendo estudios hasta los 28 años 5.- Hijastro	50%	50%	80%	20%	70%	30%

CONTRATO DEL PLAN DE SALUD BÁSICO

Nombre del plan	Condición del titular	Situación del Titular	Personal con derecho - parentesco de derechohabientes	Atenciones en IPRESS de la Marina de Guerra del Perú		Atención en IPRESS Extra-Institucionales Públicas		Atención en IPRESS Extra-Institucionales Privadas	
				Cobertura Financiera	Copago	Cobertura Financiera	Copago	Cobertura Financiera	Copago
PLAN DE SALUD 7 PLAN BÁSICO	VIDA	- Personal militar pensionable en retiro con menos de 25 años de servicio. Personal militar pensionable en retiro por discapacidad o incapacidad por causas ajenas al servicio.	1.- Titular	70%	30%	90%	10%	80%	20%
PLAN DE SALUD 8 PLAN BÁSICO	VIDA	Derechohabientes de: - Personal militar pensionable en retiro con menos de 25 años de servicios. - Personal militar pensionable en retiro por discapacidad o incapacidad por causas ajenas al servicio.	1.- Cónyuge/Conviviente 2.- Hijo menor de edad 3.- Hijo con discapacidad interdicto 4.- Hijo soltero siguiendo estudios hasta los 28 años 5.- Hijastro	30%	70%	70%	30%	60%	40%
PLAN DE SALUD 9 PLAN BÁSICO	FALLECIDO	Derechohabientes de: - Personal militar pensionable en retiro a causa de límite de edad en el grado. - Personal militar pensionable en retiro por renovación. - Personal militar pensionable en retiro con discapacidad o incapacidad (invalidez) en acción de armas. - Personal militar pensionable en retiro con discapacidad o incapacidad (invalidez) en acto del servicio. - Personal militar pensionable en retiro con discapacidad o incapacidad (invalidez) a consecuencia del servicio. - Personal militar pensionable en retiro con discapacidad o incapacidad (invalidez) por ocasión del servicio. - Personal militar masculino pensionable (con 30 años a más de servicio). - Personal militar femenino pensionable (con 25 años a más de servicio). - Personal militar pensionable con grado de Almirante o Técnico Supervisor.	1.- Cónyuge/Conviviente 2.- Hijo menor de edad 3.- Hijo con discapacidad interdicto 4.- Hijo soltero siguiendo estudios hasta los 28 años 5.- Hijastro	70%	30%	90%	10%	80%	20%
PLAN DE SALUD 10 PLAN BÁSICO	FALLECIDO	Derechohabientes de: - Personal militar pensionable en retiro con 25 años y menos de 30 años de servicio (MASCULINOS).	1.- Cónyuge/Conviviente 2.- Hijo menor de edad 3.- Hijo con discapacidad interdicto 4.- Hijo soltero siguiendo estudios hasta los 28 años 5.- Hijastro	50%	50%	80%	20%	70%	30%
PLAN DE SALUD 11 PLAN BÁSICO	FALLECIDO	Derechohabientes de: - Personal militar pensionable en retiro con menos de 25 años de servicio. - Personal militar pensionable en retiro por invalidez por causas ajenas al servicio.	1.- Cónyuge/Conviviente 2.- Hijo menor de edad 3.- Hijo con discapacidad interdicto 4.- Hijo soltero siguiendo estudios hasta los 28 años 5.- Hijastro	30%	70%	70%	30%	60%	40%
PLAN DE SALUD 12 PLAN BÁSICO	FALLECIDO	- Herederos de la pensión del Titular fallecido, siempre que esta pensión se encuentre considerada en el aporte la prima mensual equivalente al 6% por parte del Estado. - De acuerdo con el beneficio de pensión dispuesto mediante mandato judicial	1.- Hijos solteros mayores de 28 años 2.- Padres	70%	30%	90%	10%	80%	20%
PLAN DE SALUD 13 PLAN BÁSICO	VIDA	- Beneficiarios incluidos por Sentencia del Tribunal Constitucional – APENFFAAPONA.	1.- Titular 2.- Cónyuge 3.- Hijo con discapacidad interdicto 4.- Hijos menores de edad 5.- Hijo soltero siguiendo estudios hasta los 28 años	100%	0%	80%	20%	80%	20%
PLAN DE SALUD 14 PLAN BÁSICO	VIDA	- Personal militar pensionable que sea beneficiario por parte del Instituto al estar calificado como Vencedor de la Campaña Militar de 1941 y Conflicto de 1933	1.- Titular	100%	0%	100%	0%	100%	0%

NOTA:

- En los planes de salud que incluyan hijastros en la columna **"PARENTESCO – PERSONAL CON DERECHO"**, deberá considerarse que estos tendrán los mismos derechos y restricciones que los hijos, siempre y cuando se encuentren debidamente registrados en la base de datos de la Dirección de Administración de Personal de la Marina.
- La cobertura de los medicamentos fuera del petitorio para todo el personal afiliado del presente plan que acceda a ellos, será hasta el 50% previa evaluación de la Junta Medica; y sujeto a auditoría médica y disponibilidad presupuestal.
- Las atenciones de emergencia (prioridad I y II), son coberturados al afiliado en un 100% por la IAFAS, sin considerar pago alguno, sujeto a auditoría médica.
- El servicio de distribución y dispensación externa de medicamentos para pacientes crónicos, debidamente acreditados por las IPRESS institucionales afiliados al Plan de Salud Básico, estará sujeto a un copago del 50%, el cual se calculará sobre la base del costo contratado por la Dirección de Salud de la Marina de Guerra del Perú.
- En el Plan de Salud 4 Plan Básico, se considera a los derechohabientes del personal fallecido en acto, consecuencia y/o ocasión del servicio debidamente acreditado.

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

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

1. TITULARES. - Documento Nacional de Identidad (DNI) y Tarjeta de Identidad Naval (TIN) vigente.
2. ASEGURADOS. - Documento Nacional de Identidad (DNI) y Tarjeta de Identidad Familiar (TIF) vigente.

Lo indicado en el numeral precedente también es de aplicación para los hijos mayores de DIECIOCHO (18) años y menores de VEINTIOCHO (28) años que se encuentren **ASEGURADOS** al Plan de Salud Básico.

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

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

1. Son autorizadas únicamente en caso la IPRESS de la Marina de Guerra del Perú sustente que cuenta con limitaciones de especialistas, equipamiento médico y/o reactivos, para realizar los exámenes auxiliares y/o procedimientos médicos que requiera el **ASEGURADO**, debiendo para tal efecto efectuarse el requerimiento mediante el Formato del **Anexo (a).** La **IAFAS** podrá establecer mecanismos virtuales para mejorar el acceso a los asegurados para presentar sus requerimientos de atenciones extrainstitucionales.
2. Las Cartas de Garantía son emitidas por **LA IAFAS** previa evaluación de la necesidad y complejidad de la prestación de salud requerida, así como la disponibilidad en la red de IPRESS Extra-Institucionales para su atención.
3. 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.
4. 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 (b).**
5. 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.
6. 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 lo recursos existentes en el Sistema de Salud de la Marina para la atención de los **ASEGURADOS.**

CLÁUSULA VIGESIMOTERCERA. – PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN POR EMERGENCIA

Para la atención de emergencia que son clasificadas como prioridad I y II en la Normativa Técnica vigente, deberá tenerse en cuenta lo siguiente:

1. El **TITULAR** o **ASEGURADO** deberá presentarse en la IPRESS de la Marina de Guerra del Perú o en el establecimiento de salud más cercano según su emergencia lo requiera, debiendo identificarse con su Documento Nacional de Identidad (DNI), Tarjeta de Identidad Naval (TIN)o Tarjeta de Identificación Familiar (TIF) vigente, según corresponda.
2. En caso de ingresar a una IPRESS de la Marina de Guerra del Perú, el **ASEGURADO** recibirá la atención según su complejidad. De requerirse la atención en una IPRESS de mayor capacidad resolutiva, la IPRESS de la Marina de Guerra del Perú será responsable de coordinar la referencia correspondiente.
3. En caso de ingresar a una IPRESS Extra-Institucional con convenio o contrato vigente, el **ASEGURADO** solicitará su atención inmediata en cumplimiento a lo establecido 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. En estos casos, deberá notificar a la IPRESS de la Marina de Guerra del Perú más cercana, quienes deberán comunicar a **LA IAFAS** para la emisión de la Carta Garantía de manera inmediata o en un plazo no mayor de SETENTAY DOS (72) horas posteriores ingreso del paciente. Alternativamente el **ASEGURADO** o familiar de este podrá informar de la emergencia presentada al número de celular 983093040 donde será atendido por el personal de guardia de Prestaciones de Salud 24 horas.
4. En caso de exceder monto autorizado inicial, el **ASEGURADO** deberá solicitar la ampliación de Carta de Garantía vía email a los correos prestaciones.salud@iafasfosmar.pe y cartasdegarantia@iafasfosmar.pe.
5. En caso la atención emergencia sea realizada en una IPRESS Extra-Institucional sin convenio que no acepte el pago mediante Carta de Garantía a pesar de ser de prioridad I y II, el **ASEGURADO** podrá aplicar a la modalidad de reembolso, siempre y cuando cumpla con los requisitos establecidos en la **Cláusula Vigesimocuarta.**

CLÁUSULA VIGESIMOCUARTA. – 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.

Previo a la solicitud de reembolso, el **ASEGURADO** deberá solicitar la autorización para efectuar la prestación de salud en una IPRESS Extrainstitucional mediante el formato del **Anexo (c)**, que deberá presentar a través del correo difosmar.secretaria@iafasfosmar.pe, y posteriormente, gestionar y hacer seguimiento de la autorización a través de los siguientes números telefónicos:

- 983092972, en días y horarios laborables: de lunes a viernes de 08:30 horas a 16:30 horas, excepto días feriados.
- 935933860, en días y horarios no laborables.

Asimismo, la IAFAS podrá establecer mecanismos que faciliten el trámite de las solicitudes.
Este procedimiento no se aplica para las atenciones de emergencia calificadas como prioridad I y II, siendo aplicable previa evaluación para los siguientes casos:

1.- Cuando el **ASEGURADO** requiera de una atención de emergencia calificada como de prioridad I y II, de forma inmediata debido a que se pone en riesgo inminente la vida, no contando en su área geográfica IPRESS de la Marina de Guerra del Perú cercana.
2.- Cuando el **ASEGURADO** no cuente dentro de su ubicación geográfica con una IPRESS de la Marina de Guerra del Perú para la atención de urgencia calificada como prioridad III y IV.
3.- Cuando el **ASEGURADO** requiera una atención ambulatoria en una especialidad que la IPRESS Extra-Institucional en convenio no tenga capacidad resolutiva, y que se encuentre fuera de las provincias de Lima y Callao.
4.- Otras situaciones a evaluación, previa presentación de la solicitud en el formato mencionado en el párrafo anterior.

Con la aprobación de la solicitud y posterior a la atención recibida, el **ASEGURADO** cuenta con un plazo no mayor a SESENTA (60) días calendario para presentar el expediente que deberá incluir los documentos que sustenten el gasto efectuado de acuerdo con las siguientes consideraciones:

1.- Solicitud de devolución por gastos efectuados del **Anexo (d)**, debidamente suscrita por el **TITULAR**, adjuntando copia de su TIN o TIF de ser el caso y un voucher con su código de cuenta interbancario (CCI).
2.- 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.**
3.- Copia de la Historia Clínica completa de la emergencia médica, por los gastos efectuados incluyendo el detalle de la liquidación de los gastos realizados por honorarios médicos, procedimientos, medicamentos y otros.

4.- Para el caso de una atención ambulatoria en una especialidad que la IPRESS Extra-Institucional en convenio no tenga capacidad resolutiva, y que se encuentre fuera de las provincias de Lima y Callao deberá adjuntarse la orden médica y/o informe médico que sustente la situación que motiva su requerimiento.

5.- Carta de autorización de la atención extrainstitucional bajo la modalidad de reembolso emitida por **LA IAFAS**, en los casos que no sean por atención de emergencia con diagnósticos de prioridad I y II.

6.- En caso la factura electrónica exceda los SETENCIENTOS CON 00/100 SOLES (S/.700.00), y en caso en el expediente no se encuentre adjunto la constancia de auto detracción, se descontará la retención o detracción que corresponda y se procederá a reembolsar el importe neto después del descuento detallado.

7.- Los reembolsos solicitados por recibos por honorarios electrónicos que excedan los MIL QUINIENTOS SOLES (S/ 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.

8.- 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 ("bancarización"), todo pago mayor o igual a DOS MIL SOLES (S/.2,000.00), para 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).

El trámite de "Autorización de Reembolso" es evaluado por el Departamento de Prestaciones de Salud de **LA IAFAS**, dentro del plazo máximo TREINTA (30) días hábiles desde la fecha de recepción de todos los documentos, lo 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 contabilizados desde el día siguiente de la aprobación por 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 iniciara 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 Básico se reserva el derecho de excluir de la cobertura de reembolso a ciertas 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**.

IAFAS FOSMAR ASESORÍA LEGAL

Bellavista, ____ de _____ del 20____

FOSMAR Sub - Director

_____
EL TITULAR

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

ANEXO A

FORMATO DE REQUERIMIENTO DE ATENCION EXTRAINSTITUCIONAL (FRAE)

	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	FIRME 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.

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 presentando adjuntando el informe médico y/u orden médica que sustente el requerimiento, así como el Documento Nacional de Identidad (DNI) y la Tarjeta de Identidad Naval (TIN) o Tarjeta de Identidad Familiar (TIF), según corresponda.

ANEXO B

FORMATO DE ACTA DE CONFORMIDAD

ACTA DE CONFORMIDAD

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 día .....del 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 C

MODELO DE SOLICITUD PARA ACCEDER A ATENCIÓN EXTRAINSTITUCIONAL BAJO LA MODALIDAD DE REEMBOLSO

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

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

Yo, ..., identificado con N° de CIP..... y N° de DNI....., domiciliado en ..... actualmente laborando actualmente en ..... con teléfono celular N°....., correo electrónico.....,

autorizo la notificación del resultado de la solicitud al correo consignado, según sea su elección marcar **Si ( ) No ( )**, 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

ANEXO D

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 celular 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.

IAFAS FOSMAR ASESORÍA LEGAL

Bellavista,

Atentamente,

FOSMAR Vice Directo

.....

Firma