



## **CONTRATO DE PRESTACIONES DE SALUD ONCOLÓGICAS PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCOLÓGICO FAMILIAR CONDICIONES ASEGURABLES**

Conste por el presente documento, las **CONDICIONES GENERALES** del **CONTRATO** de Prestaciones de Servicios de Salud, que celebran de una parte:

**IAFAS DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ (IAFAS-FOSFAP)**, con R.U.C. N° 20492080811 con domicilio en Av. Jorge Chávez S/N - Base Aérea Las Palmas, distrito de Santiago de Surco, provincia de Lima, departamento de Lima, quien se encuentra debidamente representada por su **Director Ejecutivo** el **COR. FAP ARTURO JR MILLONES LAPOINT**, identificado con DNI N° 10220721 y NSA O-9655796-O+, a quien en adelante se le denominará la **IAFAS**, y de la otra parte el **AFILIADO/ASEGURADO** o los **AFILIADOS/ASEGURADOS**.

### **CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES**

La **IAFAS** es una persona jurídica constituida y debidamente registrada ante la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), mediante Resolución de Superintendencia N° 045-2013-SUNASA/CD, con Certificado Registro N° 10004, con arreglo a las disposiciones del TUO de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, y el Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud aprobado por el DS-008-2010-SA, la Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S y demás disposiciones complementarias, cuyo objeto es brindar cobertura de aseguramiento en salud complementaria al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), bajo la modalidad de prestación de servicios de salud.

**EL AFILIADO/ASEGURADO**, es una persona natural que desea suscribir en virtud del presente **CONTRATO** de Afiliación, en adelante el **CONTRATO**, de manera voluntaria y por tanto ha optado por la contratación de la cobertura de prestaciones de salud con la **IAFAS**, con el objeto de concederle una cobertura de protección de salud a su favor, así como a favor de sus beneficiarios que éste incluya en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, la misma que forma parte integrante del presente **CONTRATO**, a quienes en conjunto se denominará como los **AFILIADOS**.

### **CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO**

La **IAFAS** otorga a los **AFILIADOS** la cobertura de prestaciones de servicios de salud de manera complementaria a la cobertura obligatoria al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), conforme a los límites y condiciones señalados en las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**.



Las coberturas de las prestaciones de servicios de salud contempladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO** son de naturaleza voluntaria y se regirán conforme a las cláusulas establecidas en el **CONTRATO** y demás disposiciones legales que les resulten aplicables.

Para efectos de las presentes Cláusulas Generales, entiéndase como **“AFILIADO/ASEGURADO”** o **“AFILIADOS/ASEGURADOS”** al titular y a sus beneficiarios.

### **CLÁUSULA TERCERA: CONTENIDO**

El **CONTRATO** consta de las siguientes partes integrantes:

- a. **CLÁUSULAS GENERALES:** Conjunto de cláusulas de incorporación obligatoria establecidas por SUSALUD que rigen los contratos de afiliación con una **IAFAS**. La **IAFAS**, puede incorporar otras cláusulas en virtud de su libertad contractual.
- b. **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, copagos, deducibles, aportes adicionales, y las obligaciones administrativas de las partes.
- c. **PLAN, PROGRAMA O PRODUCTO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD:** Documento que incluye las condiciones de cobertura y la lista de prestaciones de salud que son financiadas por las **IAFAS**, los mismos que se indicarán en el formato denominado **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**.
- d. **DECLARACIÓN DE SALUD:** Documento mediante el cual **EL AFILIADO/ASEGURADO** informa de sus antecedentes médicos relevantes, así como el de sus dependientes o personas no dependientes, propuestos para afiliación, al momento de suscribir la solicitud de inscripción.
- e. **RELACIÓN DE LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS:** Documento que contiene la relación detallada de **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** al presente contrato, el cual puede incrementarse o reducirse, según se cumplan las condiciones establecidas en este documento y en las normas que lo regulan, los mismos que se indicarán en el formato denominado **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**.

### **CLÁUSULA CUARTA: DEFINICIONES**

Para efectos de las presentes **CONDICIONES GENERALES**, y en lo que resulte aplicable a las **CONDICIONES PARTICULARES**, se entenderá por:

- a. **Afiliación:** Adscripción de un asegurado a un plan de aseguramiento en salud y a una **IAFAS**.



- b. Asegurado o afiliado:** Toda persona residente en el país, que esté bajo cobertura de algunos de los regímenes del AUS. Se le asume obligatoriamente afiliado a cualquier plan de aseguramiento en salud. El afiliado puede ser titular o derechohabiente y debe reunir los requisitos de afiliación correspondientes.
- c. Afiliación individual:** Modalidad de afiliación mediante la cual el afiliado formaliza su relación de aseguramiento con una IAFAS a título personal, en virtud de un contrato suscrito con esta. En el caso de los dependientes o beneficiarios, la IAFAS respectiva debe registrarlos individualmente.
- d. Afiliación colectiva o corporativa:** Modalidad de afiliación mediante la cual cualquier organización, colectividad de individuos, empresa o entidad empleadora, formaliza su relación de aseguramiento con una IAFAS, en forma voluntaria, en calidad de contratante, en virtud de un contrato suscrito con una IAFAS. En el caso de los dependientes, la IAFAS respectiva debe registrarlos individualmente. La afiliación colectiva o corporativa puede ser obligatoria o voluntaria.
- e. Afiliación electrónica:** La afiliación electrónica es una modalidad de afiliación pactada. En ella, la persona manifiesta su voluntad de afiliación mediante mecanismos no presenciales, estableciéndose la relación de aseguramiento entre el asegurado y la IAFAS respectiva. Esta modalidad queda supeditada a la implementación por parte de la IAFAS de los mecanismos que permitan acreditar la autenticidad del contrato, mediante la firma electrónica u otro medio que asegure seguridad.
- f. Afiliación obligatoria:** Constituye afiliación obligatoria, aquella por la cual una persona natural adquiere la condición de afiliado, por el sólo hecho de cumplir una condición preestablecida, sin que se encuentre obligada a manifestar o ratificar su voluntad de acceder al plan de aseguramiento que le corresponde. Se encuentran dentro de esta categoría quienes acceden a un plan de salud por mandato legal o por el sólo hecho de su vinculación laboral o contractual con un empleador determinado, así como sus derechohabientes legales y dependientes, según el caso.
- g. Beneficiario:** Persona designada por el contratante, y/o afiliado o asegurado en el contrato, como titular de los derechos de acceso a las prestaciones de salud especificados en el plan, programa o producto de aseguramiento en salud.
- h. Cláusulas abusivas:** De acuerdo a la definición establecida en el artículo 49 de la Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor, en los contratos por adhesión y en las cláusulas generales de contratación no aprobadas administrativamente, se consideran cláusulas abusivas y, por tanto, inexigibles todas aquellas estipulaciones no negociadas individualmente que, en contra de las exigencias de la buena fe, coloquen al consumidor, en su perjuicio, en una situación de desventaja o desigualdad o anulen sus derechos.



- i. **Continuidad:** Reconocimiento del tiempo de permanencia en los contratos inmediatamente anteriores a la vigencia del nuevo contrato con la misma IAFAS u otra distinta, con el mismo plan, programa o producto de salud o equivalente, con el objeto de dar cobertura a dolencias o enfermedades cuyo desarrollo y tratamiento médico se hubiera iniciado durante la vigencia del contrato anterior y se encuentre cubierto en el nuevo contrato.
- j. **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 asumidas, salvo los casos en los que se establezcan obligaciones contractuales expresas a cargo de los asegurados.
- k. **Derechohabiente:** Son derechohabientes el cónyuge o el concubino a quienes se refiere el Artículo 326 del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo. Su afiliación puede ser a solicitud del titular del seguro de salud o su derechohabiente, padre, madre, tutor o curador.
- l. **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.
- m. **Exclusiones:** Son aquellas prestaciones de salud no cubiertas por el plan o programa de salud. En el marco de lo establecido en la Segunda Disposición Complementaria Modificatoria y Tercera Disposición Complementaria Modificatoria de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, que modifica el artículo 3 de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, los daños derivados del intento de autoeliminación o lesiones autoinfligidas por problemas de salud mental, derivados de un diagnóstico de salud mental no se excluyen.
- n. **Latencia:** Es un derecho especial de cobertura por desempleo que no se aplica en la IAFAS IAFAS-FOSFAP.
- o. **Período de Carencia:** Es el plazo en el cual no están activas las coberturas de salud, el mismo que es de tres meses. El Plan de Salud Complementario será activados después de culminar el periodo de carencia, obteniendo el asegurado el acceso a los beneficios del Plan Complementario a partir del primer día hábil del cuarto mes. Las emergencias no presentan períodos de carencia.
- p. **Preexistencia:** Es cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud. No puede ser considerada como preexistente un diagnóstico contemplado en el PEAS.



- q. **Programa, Plan o producto de aseguramiento en salud:** Documento que instrumenta el contrato de aseguramiento, en el que se reflejan las condiciones de cobertura y acceso que el asegurado obtiene frente a distintas prestaciones de salud.
- r. **Prima o aporte puro de riesgo:** Es el aporte económico que realiza el asegurado, la entidad empleadora, el Estado, a la IAFAS por concepto de contraprestación por la cobertura de riesgo de salud que ésta le ofrece. Su costo se determina sobre bases actuariales.
- s. **Prima o aporte comercial:** Es la prima o aporte que aplica la IAFAS al riesgo de salud para determinar su cobertura. Está formada por la prima o aporte puro de riesgo más los gastos de administración, afiliación, liquidación, entre otros, y el beneficio comercial de la IAFAS.
- t. **Plan Oncológico:** Detalle o extracto de las coberturas, servicios y/o beneficios específicos a los que tiene derecho el AFILIADO, en función al Plan elegido en la SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN.
- u. **Registro de Afiliados:** Registro administrativo de los afiliados vigentes en cualquiera de los regímenes de aseguramiento en salud, con prescindencia de su carácter contributivo, semicontributivo o subsidiado. Su administración está a cargo de SUSALUD.
- v. **Registro de modelos de contratos y planes de salud:** Es el registro administrativo a cargo de SUSALUD, que sistematiza la información de los modelos de contratos y planes de salud que comercializan las IAFAS y que cuentan con su respectivo código de registro.
- w. **Relación de aseguramiento en Salud:** Es el vínculo legal establecido entre la IAFAS, asegurados y/o entidades empleadoras para el otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción y recuperación de la salud, prestaciones económicas, de conformidad con lo señalado en el marco legal. Esta relación puede ser pactada u obligatoria, la cual genera derechos y deberes.
- x. **Urgencia:** Es toda 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 QUINTA: COBERTURA, GARANTÍA Y CONDICIONES**

La **IAFAS** otorga cobertura a el **AFILIADO/ASEGURADO** o **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** consistente en las prestaciones de recuperación de la salud y las prestaciones preventivas y promocionales que se detallan en las condiciones particulares que forman parte integrante del presente Contrato.



La cobertura contratada, comprende la atención de las dolencias preexistentes, siempre que se cumpla con los requisitos establecidos en literales a) al e) del último párrafo del artículo 100 del Reglamento de la Ley N° 29344, aprobado por Decreto Supremo N° 008- 2010-SA.

La cobertura máxima anual corresponde a la cobertura máxima por paciente, por enfermedad y por año. Monto que debe estar basado en un estudio actuarial, el cual permita la sostenibilidad del plan de salud.

#### **CLÁUSULA SEXTA: PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD**

La cobertura de salud que **LA IAFAS** otorga a favor de **EL AFILIADO/ASEGURADO** o **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** en virtud del presente Contrato, comprende las condiciones asegurables e intervenciones y, en general, todos los procedimientos y tratamientos que sean necesarios para el manejo de las contingencias descritas en el Plan de Salud que forma parte de las Condiciones Particulares del presente Contrato.

#### **CLÁUSULA SÉPTIMA: PRESTACIONES DE SALUD PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES**

Adicionalmente a lo mencionado en la cláusula precedente, en las condiciones particulares se establecen prestaciones de prevención y promoción de la salud, las que tienen por objeto preservar en buen estado la salud de la población asegurada, minimizando los riesgos de su deterioro. Estas actividades se definen de la siguiente manera:

- a. Prevención Primaria:** Consiste en brindar las medidas que protejan e incrementen la resistencia del individuo contra los agentes patógenos y mecanismos específicos en la etapa previa a la presentación de cualquier enfermedad (evaluación y control de riesgos e inmunizaciones). En los casos de demanda de medicación o exámenes auxiliares derivados de una atención preventiva, es considerada como una atención ambulatoria, sujeta a las condiciones previstas en el Plan de Salud.
- b. Promoción de la Salud:** Son las actividades que buscan mejorar el nivel de vida del individuo, la familia y la comunidad, relacionada con las políticas de desarrollo social y con participación activa de la comunidad (educación para la salud).

#### **CLÁUSULA OCTAVA: EXCLUSIONES Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS**

En las condiciones particulares se señalan las exclusiones y limitaciones a que se encuentran sujetos **EL AFILIADO/ASEGURADO** o **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** al plan de salud complementario que es materia del presente Contrato.



#### **CLÁUSULA NOVENA: DE EL AFILIADO/ASEGURADO O LOS AFILIADOS/ASEGURADOS DE LA COBERTURA CONTRATADA**

LA IAFAS otorga la cobertura detallada en la Condiciones Particulares del presente Contrato, a **EL AFILIADO/ASEGURADO** o **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS**, siempre que mantengan la condición de afiliados al presente plan al momento de hacer uso de los servicios de salud cubiertos por el mismo.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA: INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA**

Salvo pacto en contrario, **EL AFILIADO/ASEGURADO** o **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS**, gozan de la cobertura contratada, a partir del primer día calendario del cuarto mes de suscrita la póliza de seguro, una vez superado el periodo de carencia, previo pago de la tres aportes y los requisitos definidos para activar el plan oncológico definido en las condiciones particulares.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN**

Constituye un requisito previo y parte integral del **CONTRATO**, la suscripción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN (Anexo 3)**, por parte del **AFILIADO/ASEGURADO** en la que debe consignar la siguiente información:

- a. Datos Generales del (los) **AFILIADO(s)**.
- b. **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** del (los) **AFILIADO(s)**, de forma individual. **(Anexo 4)**
- c. No debe presentar deudas en la IAFAS FOSFAP.
- d. Contar con autorización de descuento de su remuneración o pensión **(Anexo 5, 6 o 7, según corresponda)**.
- e. Estar debidamente registrado en la Dirección General de Personal (DIGPE) de la FAP.

El **AFILIADO** deberá completar y suscribir la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** adjunta a la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**. En caso la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** se haya efectuado por algún medio virtual o no presencial, se deberá dejar igual constancia de la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** por la vía que la opción de afiliación establezca.

Cualquier reticencia, falsedad, omisión, inexactitud u ocultamiento de información relativa al estado de salud, por parte del **AFILIADO**, suscriptor de la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**, constituye incumplimiento de las obligaciones del **AFILIADO** y, en consecuencia, la **IAFAS** se reserva la facultad para resolver unilateral y automáticamente la **AFILIACIÓN** sin que ello genere derecho a devolución íntegra de los aportes a favor del **AFILIADO**.

En el supuesto del párrafo precedente, en caso la **IAFAS** haya concedido coberturas, servicios o prestaciones a favor del **AFILIADO**, sin que a este le corresponda ese derecho, podrá exigir el pago del valor de la totalidad de los servicios prestados de manera indebida.



El **AFILIADO** declara tener conocimiento y responsabilidad de la información brindada sobre el estado de salud y antecedentes médicos de los **AFILIADOS**.

El **AFILIADO** declara contar con representación suficiente del(los) menor(es) de edad y estar plenamente facultado para suscribir el presente **CONTRATO**.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

El otorgamiento de las prestaciones preventivo-promocionales de ser el caso, y de recuperación de salud bajo el presente **CONTRATO**, se otorgarán exclusivamente a través de la **RED DE ATENCIÓN**; cuyos establecimientos de salud se encuentran ubicados en el siguiente link: <https://iafasfap.site/nuestros-convenios/>; en el que consta la dirección de los establecimientos y su número de registro ante SUSALUD.

**LA IAFAS** informará por escrito o vía correo electrónico u otro medio electrónico a **EL AFILIADO/ ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS**, dentro de un plazo no mayor a dos (02) días hábiles, cualquier interrupción o cese del servicio que brinde alguno de los establecimientos de salud mencionados en el Plan de Aseguramiento en Salud complementario, debiendo comunicar tal hecho a SUSALUD con el correspondiente sustento técnico. Para tal efecto, se entiende cumplida dicha obligación mediante comunicación de fecha cierta dirigida a **EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS**.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: REFERENCIAS**

**LA IPRESS** que forma parte de la red de atención de salud de la **IAFAS**, se obliga a atender a **EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS** que requieran sus servicios.

Si el diagnóstico efectuado determina que el tratamiento excede las coberturas contratadas en el Plan de Aseguramiento en Salud Complementario contenido en las Condiciones Particulares, la **IPRESS** coordina la referencia del paciente, previa autorización de éste y de **LA IAFAS**, a la **IPRESS** que corresponda de acuerdo con su plan de cobertura complementaria. La responsabilidad de **LA IAFAS** culmina cuando el paciente sea admitido por la **IPRESS** de referencia.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA: APORTES E INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE APORTES**

Como contraprestación por el otorgamiento de la cobertura complementaria de la cobertura de prestaciones de salud, **EL AFILIADO/ASEGURADO** se obliga a abonar a la **IAFAS** mensualmente por adelantado y en la fecha de pago señalada en el cronograma de pago, los aportes detallados en el **Anexo 11** por concepto de los servicios materia del presente **CONTRATO**, los que incluyen los tributos de ley y gastos correspondientes, los mismos que no tiene carácter de reembolsable o sujeto a devolución.





**EL AFILIADO/ASEGURADO**, se obliga a abonar a la **IAFAS** mensualmente, por concepto de los servicios materia del presente **CONTRATO**, los aportes detallados en el **Anexo 11**, los que efectuará dentro de los cinco (05) primeros días calendarios del mes.

En el caso del **AFILIADO/ASEGURADOS** con una pensión no renovable, el cálculo del APOORTE será calculado en base al APOORTE del empleador, pudiéndose establecerse una prima diferente que le permita obtener los mismos beneficios que el **AFILIADO/ASEGURADO** con una pensión renovable.

La falta de pago oportuno de los aportes pactados o de cualquier otra suma que **EL AFILIADO/ASEGURADO** o **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** adeuden a la **IAFAS**, origina la suspensión automática de la cobertura otorgada en **EL CONTRATO**, a partir del día siguiente del segundo mes de no captación del aporte.

La **IAFAS** comunicará a **EL AFILIADO/ASEGURADO** o **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS**, mediante comunicación escrita o vía correo electrónico o cualquier medio electrónico, respecto del incumplimiento del pago del aporte y sus consecuencias, indicando el plazo que dispone para que regularice el pago de los aportes correspondientes.

En tal caso, la **IAFAS**, salvo pacto en contrario incluido en las Cláusulas Particulares, tiene derecho a exigir a **EL AFILIADO/ASEGURADO** o **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** el reembolso de los costos de las prestaciones brindadas, incluyendo los intereses moratorios a las tasas que pacten las partes o en su defecto a las tasas máximas autorizadas por Ley o por la autoridad competente.

Si **EL AFILIADO/ASEGURADO** o **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** que han incurrido en mora cumplen con ponerse al día en los aportes adeudados, recobran el derecho a gozar de los beneficios de **EL CONTRATO** a partir del día hábil siguiente de efectuado el pago, pero sin efecto retroactivo, por lo que en ningún caso responde la **IAFAS** por contingencias ocurridas, iniciadas o como consecuencia de diagnósticos realizados durante el período en que **EL AFILIADO/ ASEGURADO** o **LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS** se encontraban en mora en el pago de los aportes aun cuando la contingencia se prolongue el período en que se rehabilite la cobertura.

**EL AFILIADO/ASEGURADO** o **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** no recobran el derecho si la **IAFAS** hubiere optado por la resolución del contrato por cualquiera de las causales previstas en la Cláusula Vigésimo Primera del presente contrato.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA: COPAGOS**

Determinadas prestaciones, materia del presente **CONTRATO**, están sujetas a **COPAGOS** a cargo del **AFILIADO**, los cuales se indican en el **Anexo 1** del presente **CONTRATO**.



En caso de que no exista cobertura para los diagnósticos que excedan el programa de salud contratado, los gastos de atención no cubiertos correrán por cuenta del (los) **AFILIADO(s)**.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: REAJUSTE DE APORTES Y /O COPAGOS**

En las Cláusulas Particulares, se especifican detalladamente los plazos de vigencia de los copagos y de los aportes a cargo del **AFILIADO/ASEGURADO**, así como las condiciones, causales y procedimiento para proceder a su reajuste.

La **IAFAS** únicamente puede reajustar el monto de los aportes y/o copagos pactados por las causales que detalladamente constan en el Plan de Aseguramiento en Salud adjunto a **EL CONTRATO**, siempre que se cumpla con las normas establecidas por SUSALUD.

Previamente a la aplicación del reajuste de los aportes y copagos, la **IAFAS** debe cursar a **EL AFILIADO/ASEGURADO O LOS AFILIADOS/ASEGURADOS**, con una anticipación no menor a quince (15 días) útiles previos al vencimiento del plazo pactado para la vigencia de los aportes y copagos, una comunicación escrita, con conocimiento de **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** manifestando la intención de reajustar tales montos.

Los reajustes que no son observados por las partes entran en vigencia a partir del primer día del mes siguiente.

Si los **AFILIADOS/ASEGURADOS** están de acuerdo con la modificación, **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** deben comunicar tal decisión a la **IAFAS**, dentro del plazo de treinta (30) días calendario contados desde que recibió la comunicación. La modificación aceptada de los aportes y/o copagos deben constar en una adenda.

Si **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** no están de acuerdo con la modificación o no responden a la **IAFAS**, dentro del plazo de treinta (30) días calendario contados desde que recibió la comunicación, **EL CONTRATO** se mantiene vigente hasta su fecha de vencimiento.

Previamente a la aplicación del reajuste de los aportes y copagos, dentro de los plazos acordados entre las partes, la **IAFAS** debe haber cumplido con presentar al **AFILIADO/ASEGURADO**, los reportes de la siniestralidad, conteniendo la información mínima establecida normativamente por SUSALUD, debidamente sustentada y analizada; en el caso de aplicación del índice de inflación médica, el índice debe ser obtenido de la información publicada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática; además la **IAFAS** debe señalar las medidas orientadas a la racionalización del gasto de prestaciones de salud.

En el caso de la **IAFAS**, la evaluación de la siniestralidad se realiza sumando el gasto de prestaciones de salud de los asegurados regulares (o dependientes) y sus derechohabientes, más el gasto de prestaciones de salud de los asegurados potestativos (o independientes) y sus derechohabientes, considerándolos como una sola cartera, siendo de



aplicación para los planes PEAS. De forma similar se calcula la siniestralidad de los planes complementarios sumando la cartera de afiliados regulares más afiliados potestativos, considerándolos como una sola cartera.

Las partes pueden acordar la entrega de los reportes previstos en la presente cláusula en plazos menores con la finalidad de evaluar el comportamiento de la siniestralidad en forma anticipada al plazo fijado para su revisión.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA: INFORMACIÓN**

**EL AFILIADO/ASEGURADO** proporciona a **LA IAFAS**, en la forma y en los plazos que se establece en las Cláusulas Particulares del presente Contrato, la información señalada en las mismas. **EL AFILIADO/ASEGURADO** debe informar a **LA IAFAS** sobre la inclusión o la exclusión de **LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS** al plan, dentro de los cinco (05) primeros días del mes siguiente a la ocurrencia.

La **IAFAS** debe poner a disposición de **EL AFILIADO/ASEGURADO** o **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS**, dentro de los quince (15) días calendario, ya sea por medios digitales o físicos o a través de su página web, copia del Plan de Aseguramiento en Salud ofertado, y de las Cláusulas Generales y Cláusulas Particulares del contrato, a fin de que **EL AFILIADO/ASEGURADO** o **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** tomen conocimiento de los mismos y estén debidamente informados.

La **IAFAS** tiene la obligación de informar a **EL AFILIADO/ASEGURADO** o **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS**, a la suscripción de **EL CONTRATO**, vía correo electrónico u otro medio electrónico, u otro medio que disponga, de los derechos que como asegurado le asiste conforme al artículo 13 del Reglamento de la Ley N° 29414, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA, así como detallar los principales aspectos de las presentes Cláusulas Generales y de las Cláusulas Particulares, con el detalle de las coberturas y términos de atención para las intervenciones correspondientes al PEAS, y de las coberturas complementarias, de ser el caso.

A efectos de complementar lo establecido en la presente cláusula y a fin de que el **AFILIADO/ASEGURADO** pueda realizar cualquier consulta sobre su plan contratado, La **IAFAS** pone a su disposición, los siguientes canales de atención: página web: <https://iafasfap.site/> así como la mesa de partes física ubicada en Av. Jorge Chávez S/N, sede Base Aérea Las Palmas, Antiguo Pabellón de la Escuela de Oficiales, Segundo Piso (Referencia: Al costado de la Dirección de Sanidad - DISAN) y la mesa de partes digital ubicada en el siguiente link: <https://facilita.gob.pe/t/24654>.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: EXÁMENES MÉDICOS Y DECLARACIONES DE SALUD**

De requerirse a **EL AFILIADO/ASEGURADO** o **LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS** una declaración jurada de salud o la realización de un examen médico, antes de la suscripción



del presente contrato o durante su vigencia, **EL ASEGURADO o LOS ASEGURADOS** no podrán ser sujetos a rechazo basado en los resultados de tales exámenes o declaraciones.

En ningún caso, **LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS** pagan el costo del citado examen médico, debiendo definirse en las Cláusulas Particulares la persona que asume el costo de dicho procedimiento.

La **IAFAS** se obliga a mantener la confidencialidad de los resultados de tales exámenes médicos o declaraciones juradas de salud, de conformidad con la normativa vigente.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: PLAZO CONTRACTUAL**

Las partes acuerdan que la cobertura contenida en el presente contrato rige a partir del día siguiente de su suscripción. El presente contrato tiene una vigencia de un (1) año y a su vencimiento queda automáticamente renovado por igual plazo, salvo que alguna de las partes manifieste, mediante aviso remitido vía correo electrónico u otro medio, cursado a la otra parte con noventa (90) días de anticipación, su voluntad de no renovarlo, o de modificar los términos contractuales. En este último caso, debe remitir la propuesta de detalle de la modificación con el sustento correspondiente, a fin que los afiliados tomen conocimiento y puedan analizar la propuesta.

**EL ASEGURADO o LOS ASEGURADOS** adquieren la calidad de tal desde la fecha en que se suscribe el contrato y se incorporan al plan de salud, y mantienen todos sus derechos en tanto el contrato esté vigente por renovación inmediata.

La **IAFAS** no puede negar la renovación del contrato ante la aparición de alguna enfermedad sobreviniente contraída por **EL ASEGURADO o LOS ASEGURADOS** durante el período de vigencia.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

Todas las desavenencias, conflictos o controversias que pudieran surgir entre las partes, derivadas del presente contrato, incluidas las de su nulidad o invalidez, pueden ser sometidas de común acuerdo a la competencia del centro de conciliación o arbitraje del Servicio de Conciliación y Arbitraje en Salud que consideren pertinente, ya sea en el propio contrato o una vez suscitada la controversia, en el marco de la normativa vigente. El Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud (CECONAR), pone a disposición de las partes el listado de Centros registrados y especializados en materia de salud.

Si las partes optan por un procedimiento de conciliación en el cual se arribe sólo a un acuerdo parcial o no se llegue a ningún acuerdo, entonces éstas resuelven la controversia subsistente de forma definitiva, a través de un procedimiento de arbitraje, de conformidad con lo establecido en el párrafo anterior.



En caso de que las partes hayan acordado el sometimiento a arbitraje y no alcancen un acuerdo sobre el centro competente, se entiende como centro competente al CECONAR.

### **CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO**

Son causales de resolución o terminación del presente **CONTRATO** las siguientes:

- a. El mutuo acuerdo de las partes.
- b. El fallecimiento del **AFILIADO/ASEGURADO**.
- c. El incumplimiento en el pago oportuno de los aportes, salvo pacto en contrario incluido en las cláusulas particulares. Para tal efecto, la **IAFAS** enviará una carta de requerimiento de pago, indicando el importe adeudado, el cual debe ser pagado en un plazo máximo de 15 días, contado desde la notificación de dicho documento, bajo apercibimiento de resolver el contrato. Si el pago no se cumple en el plazo señalado, el contrato queda automáticamente resuelto. En las cláusulas adicionales se pueden establecer como causales de resolución otros plazos de vencimiento de pago de aportes insolutos.
- d. Sin perjuicio de lo mencionado en el numeral anterior, por el cumplimiento parcial, tardío o defectuoso de cualquier otra de las obligaciones de una de las partes contenidas en las Cláusulas Generales o Particulares. Para tal efecto, la parte que se perjudica con el incumplimiento requiere notarialmente a la otra para que satisfaga su prestación en el plazo de treinta (30) días calendario, bajo pena de resolución del contrato. Si la prestación no se cumple dentro del plazo señalado, el contrato queda automáticamente resuelto.
- e. Cuando por aplicación de lo establecido en la CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA, correspondiente a la modificación de aportes, no exista aceptación respecto al reajuste de los aportes propuesto por la **IAFAS**.

En cualquiera de las situaciones indicadas, las partes podrán dar por terminado el presente **CONTRATO** a su vencimiento o fecha distinta a su vencimiento cursando a la otra parte un preaviso escrito, con no menos de sesenta (60) días calendarios de anticipación. El **AFILIADO/ASEGURADO** se encontrará siempre obligado al pago de retribuciones que se hubiesen devengado hasta la ocurrencia de dicha eventualidad a favor de la **IAFAS**. A partir de la eventual fecha de resolución, la **IAFAS**, quedará liberada de cualquier obligación futura frente al **AFILIADO/ASEGURADO**, sin excepción alguna, en relación a los términos y condiciones contenidos en el presente **CONTRATO**.

### **CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA: APOORTE DE RE AFILIACIÓN**

**EL AFILIADO/ASEGURADO** cuyo contrato haya quedado resuelto o terminado, sea cualquiera de las causales indicadas en la CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA, y



posteriormente desee volver a acceder al Plan Contratado; se obliga a abonar a la IAFAS un aporte por concepto de reafiliación, el cual será calculado por la **IAFAS** tomando como referencia el periodo por el cual permaneció en la condición de desafiliado.

### **CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA: CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

El **AFILIADO** queda informado conforme a Ley N° 29733 – Ley de Protección de Datos Personales (en adelante “Ley”) y su Reglamento, que los datos personales proporcionados por éste, en especial los referidos a datos sensibles, son los estrictamente necesarios para la gestión y ejecución de las prestaciones vinculadas al programa contratado para:

- a. Evaluar el estado de afiliación en base a la información proporcionada.
- b. Aprobar la cobertura de los beneficios del programa.
- c. Gestionar el cobro de deudas, de ser el caso.
- d. Realizar la gestión administrativa, prestacional de salud y acreditación de los **AFILIADOS** para su prestación médica.
- e. Remitir información relativa de los beneficios a los **AFILIADOS** al programa contratado.
- f. Cumplir con requerimientos de información de autoridades administrativas o judiciales competentes, relacionados a su afiliación.
- g. Enviar información referente a la concientización de vida saludable y cuidado de la salud.

### **CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA: EFICACIA DEL CONTRATO**

Las Partes acuerdan que el presente **CONTRATO** resuelve y sustituye expresamente e inmediatamente a partir de su vigencia a cualquier otro celebrado anteriormente entre ellas con respecto al objeto del presente **CONTRATO**.

En caso el **AFILIADO/ASEGURADO** no cumpla con suscribir el **CONTRATO** dentro del plazo de treinta (30) días calendario, contados desde la fecha de envío del mismo por la **IAFAS**, el **CONTRATO** no surtirá efectos y la **IAFAS** no inscribirá a ningún **AFILIADO**.

### **CLÁUSULA VIGÉSIMO QUINTA: MODALIDAD DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO**

EL **CONTRATO** puede suscribirse de manera presencial o a través del 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 contrato, mediante la firma electrónica u otro medio que asegure seguridad.

### **CLÁUSULA VIGÉSIMO SEXTA: DOMICILIO Y NOTIFICACIONES**

Las Partes señalan como domicilio real el que se indica en la introducción del presente **CONTRATO**.



Asimismo, las Partes establecen que se considerarán válidamente dirigidas para todo efecto legal las comunicaciones y/o notificaciones vinculadas a este **CONTRATO** que se realicen a través de los medios físicos, digitales y/o electrónicos o analógicos (dirección, correo electrónico, celular, teléfono y/o cualquier otro permitido) declarados por las Partes en el **CONTRATO**. En caso alguna de las Partes varíe alguno de tales medios de contacto, deberá comunicarlo al correo electrónico de la contra parte señalado con un mínimo de cinco (5) días hábiles de anticipación y con cargo de recepción.

La **IAFAS** no se hace responsable de las consecuencias derivadas de la inexactitud del domicilio real y/o de cualquiera de los medios de contacto declarados por el **CONTRATANTE**.

A través del presente documento se describe a nivel de detalle las condiciones asegurables, prestaciones y servicios, además de las obligaciones y derechos que tienen **LOS AFILIADOS**.



**CONTRATO DE PRESTACIONES DE SALUD ONCOLÓGICAS  
PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCOLÓGICO FAMILIAR  
CONDICIONES PARTICULARES**

**1.- RELACIÓN DE PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PLAN ONCOLÓGICO**

**a.- Prestaciones Ambulatorias**

- 1) **Honorarios médicos por consulta y/o procedimientos quirúrgicos ambulatorios como** honorarios médicos por consulta oncológica (presencial o teleconsulta) y procedimientos quirúrgicos ambulatorios estrictamente relacionados al diagnóstico, estadiaje, tratamiento y control del cáncer. Incluye atención inicial, controles de quimioterapia y radioterapia, seguimiento clínico y evaluaciones pre y postquirúrgicas en red FAP o centros conveniados.
- 2) Medicamentos oncológicos para quimioterapia, hormonoterapia, terapias biológicas e inmunoterapias (previa aprobación de la Junta Médica y evaluación por Auditoría Médica) que se encuentren en el Petitorio Farmacológico FAP y PNUME vigentes, y cuenten con respaldo **NCCN categoría 1A**. El médico tratante deberá consignar en la Historia Clínica foliada y orden médica el diagnóstico, ECOG o Karnofsky, peso y talla del paciente en cada atención, esquema, dosis y número de ciclo.
- 3) **Medicamentos no oncológicos, materiales e insumos utilizados con fines oncológicos**, es decir, aquellos requeridos directamente para la administración o soporte del tratamiento del cáncer (por ejemplo: catéteres, líneas de infusión, anestésicos, soluciones intravenosas, oxígeno medicinal y fármacos de soporte como antieméticos o factores estimulantes de colonias).
- 4) **Exámenes de laboratorio** relacionados con el diagnóstico, control y seguimiento de la patología oncológica, tales como hemograma, perfil bioquímico, marcadores tumorales, pruebas de coagulación, hormonas, electrolitos, y otros necesarios según tipo de cáncer y fase terapéutica.
- 5) **Exámenes** histopatológicos postquirúrgicos, biopsias, citologías e inmunohistoquímica necesarios para la clasificación, tipificación y determinación de biomarcadores del tumor, incluyendo los análisis requeridos para definir terapias dirigidas o pronóstico.



- 6) **Estudios de diagnóstico por imágenes** requeridos para diagnóstico, estadiaje, evaluación de respuesta terapéutica y seguimiento oncológico, tales como ecografías, rayos X, tomografía computarizada, resonancia magnética, gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela y tomografía por emisión de positrones (PET-CT). El uso de estos estudios estará **limitado a lo estrictamente necesario**, previa justificación clínica y autorización médica. En el caso del **PET-CT**, se autoriza un máximo de **dos (2) estudios por año calendario**, previa evaluación de Auditoría Médica y realizados en centros debidamente acreditados por la red FAP.
- 7) **Prestaciones terapéuticas como** prestaciones quirúrgicas y no quirúrgicas, quimioterapia y radioterapia, incluyendo salas de quimioterapia, operaciones y de recuperación, que sean **relacionadas a prestaciones oncológicas o destinadas con fines oncológicos**.

**b.- Prestaciones Hospitalarias**

- 1) Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.
- 2) Hotelería: Habitación individual o bipersonal estándar, según disponibilidad.
- 3) Medicamentos oncológicos para quimioterapia y terapia biológica (previa aprobación de la junta médica) que se encuentren en Petitorio Farmacológico FAP y PNUME vigentes. El médico tratante deberá incluir en la Historia clínica debidamente foliada y orden médica, el ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) o Karnosky, peso y talla del paciente en cada atención y/o evolución.
- 4) Medicamentos no oncológicos, materiales e insumos, incluyendo: catéteres permanentes, líneas de infusión, mallas marlex, grapas, oxígeno y anestésicos, relacionados con el tratamiento de la enfermedad oncológica.
- 5) Exámenes de laboratorio relacionados al control y seguimiento del tratamiento de la patología oncológica.
- 6) Exámenes histopatológicos postquirúrgicos, incluyendo exámenes de inmunohistoquímica para clasificación o tipificación.
- 7) Estudios de imágenes, tales como ecografías, rayos X, tomografía computarizada y resonancia magnética.



- 8) Estudios de medicina nuclear, tales como: gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela, tomografía por emisión de positrones (PET-scan, máximo dos al año).
- 9) Prestaciones quirúrgicas y no quirúrgicas, quimioterapia y radioterapia, incluyendo salas de quimioterapia, operaciones y de recuperación.
- 10) Nutrición Parenteral Total, para pacientes con complicaciones entéricas por radioterapia y/o quimioterapia, o sometidos a cirugía oncológica de cabeza y cuello, esófago y/o fistulas que impidan la alimentación enteral del paciente.

## 2.- DESCRIPCIÓN Y ALCANCE DE LAS PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PLAN

### a.- Prestaciones Generales

- 1) **Honorarios profesionales:** Remuneración o contraprestación al personal de salud relacionado a los servicios médicos brindados a los pacientes del Plan Oncológico, sean ambulatorios y hospitalarios, clínicos o quirúrgicos, siempre que sean brindados exclusivamente por los profesionales asignados por **IAFAS**.
- 2) **Quimioterapia:** Tratamiento farmacológico cuyo objetivo es detener el crecimiento o multiplicación de las células cancerosas. Puede administrarse en forma ambulatoria u hospitalaria de acuerdo al esquema de quimioterapia establecido por el profesional asignado por IAFAS. Se cubre los medicamentos quimioterápicos convencionales, los insumos necesarios para su administración (incluyendo catéteres y bombas de infusión), así como los servicios ambulatorios u hospitalarios. Se cubrirán vitaminas únicamente cuando formen parte integral del esquema de quimioterapia vinculada el tratamiento oncológico cubierto, previa aprobación por **IAFAS**.
- 3) **Terapia Biológica:** Incluye tratamientos y/o fármacos definidos como terapia biológica llamados también modificadores de la respuesta biológica, terapia blanco dirigida, bioterapia o terapia modificadora de respuesta biológica y otros definidos como sustancias elaboradas por organismos vivos para tratar enfermedades: anticuerpos monoclonales, factores estimulantes de colonia, inhibidores de enzimas de la tirosina kinasa y proteosomas e inmunoterapia (siempre que se encuentre en la categoría 1 en NCCN).

La IAFAS – FOSFAP cobertura únicamente los siguientes:

- a) Anticuerpos monoclonales: Fármacos que se unen de forma específica a proteínas de las células tumorales o del microambiente tumoral,

bloqueando señales de crecimiento o marcando las células cancerosas para su destrucción selectiva.

- b) Factores estimulantes de colonias (Filgrastim): Fármacos que estimulan la médula ósea para aumentar la producción de glóbulos blancos, reduciendo el riesgo de neutropenia asociada a quimioterapia.
- c) Inhibidores de tirosina quinasa y del proteasoma: Moléculas orales o parenterales que bloquean enzimas implicadas en la proliferación y supervivencia tumoral.
- d) Inmunoterapia: Tratamiento que estimula o modula la respuesta inmunológica contra las células tumorales mediante el uso de anticuerpos o proteínas que bloquean puntos de control inmunitario..
- e) Inhibidores de CDK4/6: Fármacos que detienen el ciclo celular y la proliferación tumoral, especialmente útiles en cáncer de mama luminal.
- f) Inhibidores de PARP: Medicamentos dirigidos a tumores con defectos en reparación del ADN
- g) Inhibidores de vías específicas de señalización (BRAF, MEK, KRAS, FGFR, IDH, RET, NTRK, MET): Bloquean mutaciones moleculares específicas que impulsan el crecimiento tumoral.
- h) Terapias antiangiogénicas: Fármacos que inhiben la formación de vasos sanguíneos que nutren al tumor.

Asimismo, se cubren los insumos necesarios para su administración, incluyendo catéteres y bombas de infusión, así como los servicios ambulatorios u hospitalarios. Coberturas y copagos detallados en el **PLAN ONCOLOGICO** según Plan contratado.

- 4) **Hormonoterapia farmacológica:** También llamado tratamiento hormonal o endocrino, con el cual, mediante la administración de algunos medicamentos, se modula las hormonas del organismo (modificando su producción o sus efectos sobre determinadas células) para atenuar el crecimiento o reducir el riesgo de recurrencia de ciertos tumores y/o aliviar los síntomas del cáncer.
- 5) **Radioterapia:** Uso de radiación de alta energía proveniente de partículas u ondas, tales como los rayos X, rayos gamma, u otras fuentes, cuyo objetivo es lesionar o destruir las células cancerosas en el área que recibe tratamiento y reducir el tamaño de los tumores. La cobertura incluye



radioterapia convencional y 3D, radioterapia de intensidad modulada y radiocirugía. Siempre que sea indicado por el médico radioterapeuta asignado por **IAFAS**, cumpla con los criterios de pertinencia recomendados en las Guías de la NCCN adoptadas por **IAFAS**. Servicio solo disponible en Lima.

- 6) **Servicios de apoyo al tratamiento:** Exámenes de laboratorio, anatomía patológica e inmunohistoquímica para clasificación o tipificación, estudios de imágenes (ecografías, rayos X, tomografía computarizada y resonancia magnética) y medicina nuclear, relacionados al control y seguimiento del tratamiento de la patología oncológica recomendados en las Guías de la NCCN adoptadas por **IAFAS**.
- 7) **Estudios de medicina nuclear:** Estudios que usan sustancias radiactivas, llamadas también radiofármacos, para crear imágenes en base a la dinámica química del cuerpo, tales como: gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela, tomografía por emisión de positrones (PET Scan, máximo dos al año). También se incluye, en este beneficio, el tratamiento con lodo radioactivo.
- 8) **Tomografía por emisión de positrones (PET Scan, máximo dos al año):** Estudio de imágenes no invasivo que utiliza radio-isótopos emisores de positrones para generar imágenes moleculares del organismo. La cobertura incluye el examen y la sustancia radioactiva FDG, siempre que sea indicado por el médico tratante asignado por **IAFAS** y cumpla con los criterios de pertinencia recomendados en las Guías de la NCCN adoptadas por **IAFAS**. Servicio solo disponible en Lima.
- 9) **Cáncer no biopsiable:** En casos de alta sospecha de neoplasia maligna en tumores primarios de encéfalo, hígado, páncreas, ovario, riñón y testículo, en los que por la ubicación no es factible realizar la biopsia previa. El **AFILIADO** deberá adjuntar todos los exámenes de imágenes y de laboratorio que le hayan realizado, así como el informe médico que sustente la fuerte sospecha de neoplasia maligna de los órganos antes mencionados. En caso el informe anátomo patológico post quirúrgico no confirme la sospecha de cáncer, el total de gastos incurridos serán asumidos por el **AFILIADO**.
- 10) **Transfusión sanguínea y hemoderivados (glóbulos rojos, plaquetas, plasma):** Se cubrirán las pruebas de tamizaje, procesamiento en banco de sangre, pruebas cruzadas y los insumos necesarios solo de la transfusión de aquellas unidades efectivamente transfundidas y que se encuentren registradas en la historia clínica, bajo indicación debidamente justificada.

- 11) **Nutrición Parenteral Total (NPT):** Alimentación endovenosa que se otorga solo durante la estancia hospitalaria hasta por un periodo máximo de 3 semanas, a pacientes con complicaciones entéricas por radioterapia y/o quimioterapia o sometidos a cirugía oncológica de cabeza y cuello, esófago y/o fístulas que impidan la alimentación enteral del paciente, siempre y cuando no tengan carcinomatosis y/o enfermedad metastásica sistémica. Se otorgará solo con autorización previa de **IAFAS** bajo indicación médica pertinente evaluada por la junta médica permanente.
- 12) **Estudios genéticos:** Biomarcadores con categoría 1 en NCCN, vinculados a terapias aprobadas por FDA, con cobertura al 70%. Pruebas genéticas para determinar el diagnóstico de: síndrome mielodisplásico, mieloma múltiple, linfoma y leucemia, pruebas de inmunofenotipo, con cobertura al 70%. Otras pruebas citogenéticas diagnósticas (oncológicas), deberán ser solicitadas a **IAFAS** con informe médico detallado, con cobertura al 70%. Toda solicitud de prueba genética se encuentra sujeta a evaluación y aprobación de auditoría médica.
- 13) **Complicaciones ocasionadas por el tratamiento oncológico:** A través de este beneficio, cubrimos las complicaciones agudas detalladas a continuación:
  - a) **Atención por complicaciones post-quimioterapia o terapia biológica:** Hasta por un plazo máximo de cuatro (04) semanas con relación a la fecha de realización de la quimioterapia: Intoxicación Gastrointestinal (mucositis oral, náuseas y vómitos persistentes y diarreas); Trastornos Hidroelectrolíticos; Hipercalcemia tumoral; Intoxicación Hematológica (anemia; trombocitopenia, pancitopenia, neutropenia); 23 Intoxicación cutánea (eritema acral); Infecciones por Bacterias, Hongos y Virus; Neuropatía en tratamientos con fármacos de la familia de los platinos, taxanos y/o epotilomas.
  - b) **Atención por complicaciones post-radioterapia:** Hasta por un plazo máximo de ocho (08) semanas con relación a la fecha de realización de la radioterapia: Eritema actínico, Proctitis actínica, Cistitis actínica, Mucositis oral, Esofagitis, Neumonitis y Eritema.

No se cubrirá ninguna complicación que se diagnostique como enfermedad crónica (como, por ejemplo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, insuficiencia renal, gota, migraña, etc.).

- 14) **Kit de colostomía en cáncer de colon primario:** Insumo y equipamiento a pacientes con colostomía por cáncer de colon primario; dotación



suministrada directamente al paciente hasta un máximo de 31 bolsas mensuales. Incluye: Caralla, pinza, bolsas y pegamento.

- 15) **Material de Osteosíntesis:** Material quirúrgico requerido en algunos casos de fracturas patológicas siempre y cuando estas hayan sucedido a consecuencia de metástasis ósea o cáncer óseo y con indicación de cirugía. Previa autorización por la junta médica permanente de **IAFAS**.
- 16) **Biopsia para descarte de cáncer de mama:** Se cubrirá el costo de la biopsia al **AFILIADO/ASEGURADO** con sospecha de cáncer demostrada por estudios de imágenes y bioquímicos, y con diagnóstico anátomo patológico final positivo.
- 17) **Cirugía de hallazgo para cáncer de mama:** Sólo cuando en una cirugía no oncológica se encuentra cáncer de mama, sin que haya habido diagnóstico presuntivo de cáncer previamente y se procede a realizar la correspondiente cirugía oncológica; **IAFAS** pagará los gastos generados únicamente por el acto quirúrgico oncológico, siempre y cuando el hallazgo sea sustentado con el correspondiente Informe Anátomo Patológico positivo para cáncer. Sólo en RED FAP.
- 18) **Reconstrucción mamaria y de pezón:** Cirugía que se realiza con el propósito de devolver la forma de la mama extraída en una intervención de mastectomía radical y total (retiro del seno, los ganglios linfáticos axilares y los músculos pectorales) por cáncer de mama (como, por ejemplo, lipotransferencias), así como ningún procedimiento en la mama contralateral. Esta cirugía deberá realizarse solo a cargo de los cirujanos designados de la IPRESS preferente habilitadas para este procedimiento, previa autorización por la IAFAS. Este beneficio no incluye cobertura sobre procedimientos estéticos en la mama afectada, así como ningún procedimiento en la mama contralateral. Servicio disponible solo en Lima.
- 19) **Radiocirugía estereotáxica (Gammaknife):** Sujeto a evaluación por auditoría médica, con cobertura al 80%.
- 20) **Prueba de expresión genética para cáncer de mama:** Sólo para pacientes con cáncer de mama en estadios tempranos (I y II A), con receptores de estrógeno positivos y receptores HER2 negativos, sin extensión a los ganglios linfáticos (ganglios negativos), la cual ayuda a estimar el riesgo de recurrencia de la enfermedad, así como el beneficio de la quimioterapia adyuvante después de una cirugía. Se otorgará bajo indicación médica pertinente y autorizada por la IAFAS.

- 21) **Psicooncología:** Asistencia al paciente, 03 consultas programadas por la especialidad dentro de los primeros 90 días contados a partir de su admisión como paciente (Solo para IPRESS FAP).
- 22) **Nutricionista:** Asistencia al paciente, 03 consultas programadas por la especialidad dentro de los primeros 90 días contados a partir de su admisión como paciente (Solo para IPRESS FAP).
- 23) **Terapia física:** Se otorgará terapia física en el hombro y brazo para el tratamiento de linfedema posterior a mastectomía radical por cáncer de mama; terapia física post cirugía mutilante de tejidos blandos en extremidades; fisioterapia respiratoria post cirugía por cáncer pulmonar. Hasta un máximo de 12 sesiones durante los 3 primeros meses posteriores a la cirugía antes descrita, basado en guías de prácticas clínicas. Se cobertura al 70%.

#### **b.- PRESTACIONES PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES**

La cobertura contempla también el otorgamiento de exámenes de despistaje del cáncer en función a la normativa vigente.

### **3.- EXCLUSIONES, GASTOS NO CUBIERTOS Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS**

Se encuentran excluidas de la cobertura las siguientes prestaciones, cuyo costo, de ser suministradas por **IAFAS**, deberá ser asumido por el **AFILIADO/ASEGURADO**:

- a.- Cáncer preexistente. (Sólo será coberturado si han transcurrido cinco años desde que la persona contratante superó la patología oncológica, sin presentar episodios de recurrencia) .
- b.- Asistencia médica fuera de las IPRESS-FAP y extra FAP sin convenio y/o contrato vigente.
- c.- Reembolso por gastos en medicinas fuera de PNUME y Petitorio Farmacológico FAP vigentes, o de marca comercial, atenciones ambulatorias, hospitalizaciones médicas o quirúrgicas, no autorizadas previamente por el Director Ejecutivo de la **IAFAS-FOSFAP**. Sí fuese aprobado el reembolso, estará sujeto a evaluación por auditoría médica.
- d.- Reintegro y/o pagos por servicios médicos suministrados por terceros, por concepto de gastos ambulatorios, de hospitalización no quirúrgica, quirúrgica o gastos post-operatorios de cualquier índole médicos o no médicos, sin previa autorización de **IAFAS**.



- e.- Atenciones y/o tratamientos practicados por personas que no sean médicos profesionales colegiados.
- f.- Chequeos médicos no relacionados a la patología oncológica, así como tratamientos kinésicos y estéticos.
- g.- Cirugía plástica y/o estética y/o reconstructiva así como tratamientos para embellecimiento, incluso aquellos indicados como consecuencia de un tratamiento oncológico cubierto por **IAFAS-FOSFAP** u otro seguro extra FAP, a excepción de cirugía reconstructiva de mama por mastectomía por cáncer.
- h.- Gastos en sangre, plasma, albúmina, hemoderivados tejidos, órganos y/o células madre (stem cell).
- i.- Cuidados, atenciones o tratamientos de enfermeras particulares.
- j.- Gastos de transporte y/o alojamiento en centros no autorizados por la **IAFAS - FOSFAP**.
- k.- Dispositivos o equipos mecánicos o electrónicos (de uso externo o interno), equipos médicos (glucómetros, tensiómetros, respiradores artificiales, nebulizadores, aspiradores, dispositivos CPAP, vendas y/o medias antiembólicos), sillas de ruedas, muletas, camas clínicas, implante coclear, implantes internos y externos y aparatos auditivos, separadores interespinosos para columna vertebral y discos intervertebrales protésicos, y demás dispositivos similares empleados en neurocirugía y otras prótesis ortopédicas externas. Como tampoco las ortesis u otros (sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés, etc.), así como el uso de servicios y equipos de diálisis y/o cámara hiperbárica.
- l.- Prótesis quirúrgicas y no quirúrgicas, válvulas cerebrales, stent, equipos o aparatos ortopédicos o mecánicos o electrónicos, suturas mecánicas, grapas de piel, etc.
- m.- Todo tipo de requerimiento prestacional que no sea ordenado o prescrito por el o los profesionales médicos designados por la IPRESS-FAP, así como las complicaciones que se puedan ocasionar por tratamientos e indicaciones médicas dadas y ejecutadas al margen de sus indicaciones.
- n.- Todo tipo de prestaciones diagnósticas o terapéuticas, equipos, insumos, suministros o fármacos y otras nuevas tecnologías que no hayan alcanzado el nivel de evidencia 2A en Medicina Basada en Evidencia, que no se comercialicen o no se encuentren disponibles en el territorio nacional, estudios que no hayan concluido exitosamente el ENSAYO CLÍNICO DE FASE III. Siempre que el



estudio cuente con respaldo de resultados de eficacia y seguridad de un ensayo clínico Fase III. En el caso de terapias biológicas, inmunoterapias, terapias dirigidas, cualquier otro tratamiento innovador, solo se considerarán aquellas que cuenten con categoría 1 en las guías NCCN (National Comprehensive Cancer Network), Así como aquellos que no se encuentren debidamente aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) o que no se recomienden en la Clinical Practice Guidelines in Oncology de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Quedan excluidos los tratamientos o productos que no se encuentren recomendados en las NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, no estén aprobados por agencias regulatorias internacionales de referencia (FDA, EMA) o carezcan de evidencia clínica suficiente en beneficio y seguridad comprobados.

- o.- Fármacos como ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos, vacunas, vitaminas (con excepción de las que forman parte del esquema de quimioterapia, anticoagulados o politrasfundidos), minerales, suplementos alimenticios, suplementos nutricionales, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos, uso medicinal de cannabis), homeopáticos, alternativos o productos no medicinales, estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes, neurotónicos y nootrópicos, productos dermatológicos (protectores solares, cremas hidratantes, lociones dérmicas, etc.) así como cualquier otro producto o medicamento no oncológico y/o no relacionado a la enfermedad oncológica.
- p.- Pruebas y exámenes genéticos catalogados como pronósticos.
- q.- No se cubrirá los gastos por cualquier concepto adicional derivado de enfermedades asociadas, como son: Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, Coagulopatías, Tuberculosis, Insuficiencia renal, Sida, Insuficiencia cardíaca, Insuficiencia respiratoria, Insuficiencia hepática, Osteoporosis, etc.
- r.- Gastos por enfermedades producidas como consecuencia al tratamiento oncológico.
- s.- Trasplante de órganos y gastos relacionados a este, adquisición o indemnización por ellos, incluyendo el tratamiento inmunosupresor Post- Trasplante.
- t.- Pruebas de laboratorio exámenes o estudios moleculares y/o genéticos y/o estudios de mutaciones u otras, de cualquier tipo, tales como y sin limitarse a: EGFR, PDL1, KRAS, NRAS, BRAF, ALK, VEGF, T790M, inestabilidad microsatelital en sangre, pruebas moleculares para GIST, así como biopsias líquidas y/o perfiles o secuenciamientos moleculares y/o genéticos, con excepción de las contempladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.



- u.- Estudios de diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y procedimientos relacionados con problemas de disfunciones sexuales, esterilidad, fertilidad, infertilidad, esterilización y planificación familiar, incluyendo aborto terapéutico y/o complicaciones de la gestación.
- v.- Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional atendido fuera de la RED DE IPRESS de la **IAFAS**, salvo los eventos programados y autorizados con antelación por **IAFAS**, en tanto las **IPRESS** se encuentren adscritas al **PLAN ONCOLOGICO** correspondiente al presente **CONTRATO**.
- w.- Equipos médicos durables, tales como: tensiómetro, equipos de oxigenoterapia, glucómetro (equipo y tiras), respiradores, pulsoxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP o similares, audífonos e implantes cocleares, separadores interespinosos para columna vertebral y discos intervertebrales protésicos, y demás dispositivos similares empleados en neurocirugía y otras prótesis ortopédicas externas. Como tampoco las órtesis u otros (sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés, etc.), así como el uso de servicios y equipos de diálisis y/o cámara hiperbárica.
- x.- Suministro de cualquier tipo de medio de transporte y servicio de ambulancia. Salvo las expresamente señaladas en el presente **CONTRATO**.
- y.- Toda enfermedad de origen congénito y/o malformación congénita, así como enfermedades de origen laboral y profesional y/o por contaminación nuclear.
- z.- Cuidados de enfermería, vigilancia y/o acompañamiento del paciente a cargo de enfermeras, técnicas o auxiliares de enfermería, u otro personal a dedicación exclusiva durante la estancia hospitalaria y/o en domicilio, salvo los servicios expresamente señalados en el presente **CONTRATO**.
- aa.- **Segunda opinión médica:** Solo en casos que el paciente lo requiera, se deberá de solicitar una segunda opinión al Director de la **IAFAS**, la misma que se realizará en una IPRESS de la red de IPRESS de la **IAFAS**.
- bb.- Cualquier prestación de salud no contemplado en la presente póliza y/o que estuviera excluido 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 FOSFAP DE LA FUERZA AEREA DEL PERÚ (FOSFAP).

#### 4.- LUGAR DE PRESTACION DEL SERVICIO

El otorgamiento de las prestaciones de recuperación de la salud, y de las prestaciones preventivo promocionales cubiertas por el presente **CONTRATO**, se otorgarán exclusivamente a través de la de la **RED FAP** y por excepción, solo por causas justificadas médicamente, a través de las **IPRESS** complementarias incluidas en la Red



Prestacional descrita en el presente **CONTRATO**, en cuyo caso se requerirá de la gestión, por parte del **AFILIADO/ASEGURADO**, de una solicitud de autorización expresa de **IAFAS**, previa a la realización de la prestación.

No está sujeta a excepción (prestaciones fuera de la infraestructura propia de **IAFAS**) la entrega de las Prestaciones Complementarias consignadas en el presente **CONTRATO**.

## 5.- PLAN ONCOLÓGICO

Las coberturas a las que los **AFILIADOS/ASEGURADOS** tienen derecho, corresponden de manera específica al **PLAN ONCOLOGICO CONTRATADO**, cuyos alcances, limitaciones, copagos y aportes detallamos en el **Anexo 1**.

## 6.- ACTIVACIÓN DEL BENEFICIO ONCOLÓGICO

Para acceder a los beneficios del Plan Oncológico, el **AFILIADO/ASEGURADO** deberá proceder a su activación, para lo cual deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a.- Formato de Solicitud de Activación del Plan de Salud Complementario Oncológico (proporcionado por la **IAFAS** en RED FAP).
- b.- Informe de anatomía patológica con diagnóstico oncológico, firmado y sellado por un especialista competente en el país.
- c.- Exámenes auxiliares (laboratorio + imágenes) contributarios al diagnóstico.
- d.- Informe médico emitido por el médico que hizo el diagnóstico, sólo en caso de corresponder a órganos no biopsiables.
- e.- Copia del DNI vigente y legible.

## 7.- RED DE ATENCIÓN

El listado de IPRESS disponibles para la atención oncología esta detallada en la web institucional <https://iafasfap.site/>, el mismo que será actualizado permanentemente, atendiendo a la normatividad de **SUSALUD**.

## ANEXO 1

### PLAN DE BENEFICIOS

#### PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCOLÓGICO FAMILIAR (TITULAR, CÓNYUGE E HIJOS): DEDUCIBLES Y COPAGOS

PARENTESCO	LÍMITE DE COBERTURA ANUAL	DEDUCIBLE POR CONSULTA EN RED FAP		HOSPITALIZACIÓN, PROCEDIMIENTOS Y EXÁMENES ONCOLÓGICOS	COPAGO POR MEDICAMENTOS		
		CONSULTA AMBULATORIA	CONSULTA EMERGENCIA		MEDICAMENTOS EN PETITORIO FAP/PNUME CON DCI	MEDICAMENTOS FUERA DE PETITORIO FAP/PNUME O DE MARCA COMERCIAL	REQUISITO
TITULAR	ILIMITADO	S/ 0.00		0%	0%	20%	INFORME MÉDICO QUE INDIQUE EL RAM OCASIONADO POR EL GENÉRICO Y EVIDENCIA EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE
DERECHOHABIENTES		S/ 10.00	S/ 15.00	0%	10%	30%	
				0%	10%	30%	

## ANEXO 2

### PERÍODO DE CARENCIA PARA PRESTACIONES MÉDICAS

El **PERÍODO DE CARENCIA** se contabiliza desde el inicio de vigencia del programa, el mismo que empieza a partir de la fecha de inscripción al programa, previa suscripción y recepción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** por parte de la **IAFAS**.

Sólo están exceptuadas de **PERÍODO DE CARENCIA** las emergencias accidentales, emergencias no accidentales y las enfermedades agudas siguientes: apendicitis, enfermedad cerebro vascular aguda (isquémico o hemorrágico), infarto agudo de miocardio y torsión testicular.

Concepto	Período de Carencia
Para la cobertura complementaria se aplicará un periodo de CARENCIA. Para las emergencias accidentales y/o no accidentales la atención será inmediata, siempre y cuando la enfermedad no sea preexistente.	3 meses

### ANEXO 3

## SOLICITUD DE AFILIACIÓN A LOS PLANES COMPLEMENTARIOS



IAFAS - FOSFAP

### SOLICITUD DE AFILIACIÓN A LOS PLANES COMPLEMENTARIOS

SOLICITUD N° \_\_\_\_\_

#### Datos del Titular:

Yo, \_\_\_\_\_

NSA: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Situación: Actividad ( ) Retiro ( ) Disponibilidad ( )

Unidad: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Telf. / Celular: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

#### Datos del Beneficiario:

Yo, \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Telf. / Celular: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Parentesco: Cónyuge ☐ Padre ☐ Madre ☐ Hijo(a) ☐

Dirección: \_\_\_\_\_

Expreso mi deseo de pertenecer al/los siguiente(s) plan(es) de salud: Plan de Salud Complementario Familiar ( )  
/ Plan de Salud Complementario Oncológico Familiar ( ).

Relación de derechohabientes a inscribir a los planes de salud:

Apellidos y Nombres	Parentesco	Fecha de nacimiento	Edad	DNI	Nacionalidad

Para lo cual adjunto la siguiente documentación:

1.- Copia DNI (Titular / Beneficiario) ☐

2.- Autorización de Descuento ☐ / El pago será al contado ☐

3.- Copia de Carnet familiar de Derechohabiente a afiliar

4.- Declaración Jurada de Salud ☐ / Declaración Jurada de Salud Oncológico ☐

En señal de conformidad, procedo a suscribir el presente documento en forma voluntaria y en pleno uso de mis facultades.

Santiago de Surco, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_

--	--

Firma

Huella

Celular: 953 744 396 / 943 860 527  
E-mail: afiliacion.iafas@iafasfap.gob.pe

## ANEXO 4

### DECLARACIÓN JURADA DE SALUD



IAFAS – FOSFAP

### DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

N° \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES IMPORTANTES: Realice sus declaraciones con precisión y franqueza, empleando letra clara y legible. Si padece de alguna enfermedad grave, indíquela sin temor. Es preferible evitar controversias por falta de declaración y/o declaración fraudulenta. La declaración auténtica no será discutida por esta IAFAS – FOSFAP. Si necesita más espacio que el que consigna este formulario para detallar una respuesta, puede adjuntar una hoja aportando mayores antecedentes. Si comete algún error, solicite un nuevo formulario. No se aceptan borrones ni correcciones. Usar un mismo color de lapicero.

NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Toda respuesta afirmativa debe detallarse en el recuadro final:	Titular		Dependiente 1		Dependiente 2		Dependiente 3	
	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
1.- ¿Te han diagnosticado, has recibido tratamiento, conoces tener o padecer o haber padecido de cáncer o tumor maligno o enfermedad oncológica?								
2.- ¿Te realizarás o te encuentras realizando pruebas y/o exámenes para descarte de enfermedad oncológica?								
3.- ¿Fumas o has fumado diariamente 20 o más cigarrillos?								
4.- ¿Tus padres o hermanos padecen o han padecido o fallecido de cáncer a la mama o al colon? Detalla diagnóstico e indica parentesco:								
Si alguna respuesta fue afirmativa por favor indicar:								
Número de la pregunta que contestó	Nombre completo de la persona tratada	Diagnóstico de la enfermedad, dolencia o tratamiento	Fecha de la atención y lugar (clínica o institución)	Indicar si hubo cirugía, tipo de operación y estado actual				

Confirmando la exactitud y la veracidad de la presente declaración, que nada he ocultado, omitido o disimulado y me doy por enterado(a) que la presente declaración constituye el elemento indispensable para la apreciación del riesgo por parte de IAFAS – FOSFAP y que una declaración falsa o una reticencia de mi parte, implica la nulidad del Contrato. Asimismo, declaro tener conocimiento que IAFAS – FOSFAP podrá disponer la práctica de exámenes médicos, si fuera necesario.

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha:        /        /

\_\_\_\_\_  
Firma

## ANEXO 5

### AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO – ACTIVIDAD



IAFAS – FOSFAP

## AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS

Yo, ..... Grado: .....

Identificado con el NSA: ..... DNI: ..... UNIDAD: .....

Domiciliado en: .....

Cel / Telf: ..... Correo electrónico: .....

Autorizo a la IAFAS de la Fuerza Aérea del Perú a efectuar los trámites correspondientes para que se realicen los descuentos acordados de mi Remuneración o Pensión, por intermedio del SINFA, DIGEPREV (OPREFA) o CAMIP según corresponda, por concepto de aportes a los Planes Complementarios de los cuales me encuentro inscrito.

54-01 Aporte Padres (Plan de Salud y Plan Oncológico)

54-02 Copago por atenciones Extra – FAP LIMA (Salud)

54-05 Copago por atenciones Extra – FAP PROVINCIA (Salud)

54-08 Aporte Plan de Salud Complementario Oncológico Familiar

54-09 Aporte Plan de Salud Complementario Familiar

54-10 Copago atenciones de Padres (Plan Oncológico)

54-11 Copago de atenciones de Plan de Salud Complementario Oncológico Familiar

Lima, ..... de ..... del 20.....

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular



Huella Digital



## ANEXO 6

### AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS – OPREFA



#### AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POTESTATIVO PARA LA DIRECCIÓN GENERAL PREVISIONAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (DGPREV-MINDEF)

Mediante el presente documento, Yo \_\_\_\_\_, con DNI N° \_\_\_\_\_ y con CIP N° \_\_\_\_\_, actualmente en situación de retiro de: EP ( ) FAP ( ) MGP ( ), perteneciente al régimen: Militar ( ) Civil ( ) Otros ( ) con tipo de pensión: Titular ( ) Sobreviviente ( ), domiciliado en \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ y correo electrónico \_\_\_\_\_.

**AUTORIZO EN FORMA EXPRESA Y VOLUNTARIA** a la Oficina Previsional de las Fuerzas Armadas – Ministerio de Defensa – Unidad Ejecutora N° 0009, en adelante OPREFA-MINDEF, a efectuar los descuentos en la planilla mensual de pensión y/u otras bonificaciones que se ejecuten a mi favor, los mismos que han sido remitidos y registrados por la **INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD -IAFAS FOSFAP**, por el siguiente concepto y conforme a los códigos de descuentos autorizados que se detallan:

☐ Crédito ☐ Aporte<sup>1</sup> ☐ Cuota<sup>2</sup> ☐ Otros<sup>3</sup>

Nro.	Cod. Descuento	Nombre del Descuento	Importe	Percibos (Marcar con "X")			
				Pensión y/o Subsidio por Invalidez/Póstumo y/o demás percibos	B. Defensor de la Patria	B. Chavín de Huantar	Otros (Indicar)
1							
2							
3							

Los importes señalados se encuentran sujetos a variaciones según el porcentaje de descuento disponible autorizados por ley.

Finalmente, de constancia que la INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD -IAFAS FOSFAP, es el único responsable de la remisión, registro y/o carga de información relacionada al monto de descuento a ejecutar por la OPREFA – MINDEF sobre mis beneficios previsionales y/u otras bonificaciones; por lo que, cualquier reclamo o consulta generada a consecuencia de dicha información acudiré a la INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD -IAFAS FOSFAP.

#### **DECLARACIÓN OPCIONAL:**

Declaro que, de manera voluntaria, **SI ( ) NO ( ) ACEPTO** que se considere mi bonificación por "Subsidio de Invalidez", "Defensores de la Patria" u otros relacionados, como conceptos pasibles de descuento; en consecuencia, **SI ( ) NO ( ) AUTORIZO** a la INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD -IAFAS FOSFAP para que considere dichos ingresos en la evaluación de capacidad de descuento y se afecten en el descuento de las cuotas generadas por la obligación contraída y autorizada por mi persona a la INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD -IAFAS FOSFAP.

En fe de lo cual firmo el presente documento a los \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

(FIRMA)

Post Firma: \_\_\_\_\_

D.N.I (CE) : \_\_\_\_\_

Huella Digital

#### **Nota:**

**-ES OBLIGATORIO ADJUNTAR COPIA DEL DNI.**

**-TODOS LOS CAMPOS Y DOCUMENTACIÓN SON OBLIGATORIOS, DE LO CONTRARIO NO SE REALIZARÁ LA INSCRIPCIÓN.**

<sup>1</sup> Sujeto a variación siempre que el Estatuto de la Asociación o Centro/Institución Educativa, así lo establezca.

<sup>2</sup> Relacionado a una prestación de salud.

<sup>3</sup> Cualquier otra obligación diferente a los antes señalados y en el marco de lo establecido por ley.

*El suscrito deja expresa constancia que la presente carta de autorización, se efectúa conforme a lo dispuesto en el numeral 6.12 del artículo 6 de las Normas Reglamentaria para que las Entidades Públicas se adecuen y realicen descuentos en la planilla única de pagos aprobado mediante Decreto Supremo N° 010-2014-EF.*

## ANEXO 7

### AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS – CAMIP



#### FORMATO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO A LA CAJA DE PENSIONES MILITAR POLICIAL

Yo.....  
grado.....instituto....., identificado con  
CIP....., y DNI....., domiciliado en  
.....del distrito.....y provincia de  
....., con teléfono fijo.....y número de celular.....y  
correo electrónico.....

Autorizo a la **INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD -IAFAS FOSFAP**, a efectuar descuentos por el concepto de **Aportes y Copagos**, sobre mí pensión mensual, la cual percibo a través de la Caja de Pensiones Militar Policial. De la misma manera declaro además tener conocimiento sobre **el orden de prelación establecido en los 5º y 6º del Decreto Supremo Nº 010-2014-EF**.

La entidad considerará, en primer término, aquella que tuviera relación con la atención de las obligaciones asumidas por estos frente a los fondos de bienestar y, solo después, puede considerar las relacionadas con créditos otorgados por las entidades supervisadas y/o reguladas por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Asimismo, mediante el presente documento se deja constancia que la entidad **IAFAS-FOSFAP** es el único responsable del monto del descuento enviado y ejecutado por la Caja de Pensiones Militar Policial, sobre mi pensión.

De presentarse consultas y/o no encontrarse conforme con los montos descontados y servicios prestados, estas deberán ser canalizadas directamente con la entidad **IAFAS-FOSFAP**.

NOTA: El plazo de vigencia de la presente autorización, se encuentra alineado en base al plazo consignado en el contrato/convenio o documento N° ....., suscrito entre la entidad y el pensionista.

Lima, ..... de ..... del 202....

FIRMA DEL SOLICITANTE  
DNI N°

## ANEXO 8

### DECLARACIÓN JURADA DE BENEFICIARIO DE PENSIÓN



IAFAS – FOSFAP

#### DECLARACIÓN JURADA DE BENEFICIARIO DE PENSIÓN

N° \_\_\_\_\_

Yo, (apellidos y nombres) \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI N° \_\_\_\_\_, cónyuge ( ), hijo menor de edad ( ), hijo con incapacidad total y permanente para el trabajo ( ), padre ( ), madre ( ) de don(a) \_\_\_\_\_, con grado \_\_\_\_\_, NSA \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_ departamento \_\_\_\_\_, N° telefónico \_\_\_\_\_ y dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, declaro bajo juramento que me encuentro realizando el trámite correspondiente ante DIGPE en mi calidad de beneficiario (a), para percibir el subsidio por fallecimiento ( ) pensión ( ), en virtud de ser familiar directo sobreviviente del causante.

Asimismo, preciso que existen los siguientes potenciales beneficiarios de pensión:

Nombre y Apellido	Parentesco	DNI

Efectúo la presente declaración asumiendo responsabilidad penal en caso de resultar falso lo expresado de acuerdo a la Ley 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General y Código Penal vigente, firmando la misma en señal de conformidad.

Asimismo, en caso de que la FAP no otorgue el beneficio de la pensión por no corresponder y la IAFAS-FOSFAP haya concedido financiamiento de prestaciones de salud a favor del declarante o los que en su momento fueron declarados como potenciales beneficiarios, sin que a este le corresponda ese derecho, la IAFAS-FOSFAP iniciará las acciones legales correspondientes, a fin de exigir el pago del valor de la totalidad de los servicios prestados de manera indebida.

Lima,.....

\_\_\_\_\_  
Firma  
DNI N°

## ANEXO 9

### SOLICITUD DE DESAFILIACIÓN A LOS PLANES COMPLEMENTARIOS



IAFAS – FOSFAP

### SOLICITUD DE DESAFILIACIÓN A LOS PLANES COMPLEMENTARIOS

SOLICITUD N° \_\_\_\_\_

#### Datos del Titular:

Yo, \_\_\_\_\_

NSA: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Situación: Actividad ( ) Retiro ( ) Disponibilidad ( )

Unidad: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Telf. / Celular: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

#### Datos del Beneficiario:

Yo, \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Telf. / Celular: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Parentesco: Cónyuge      Padre      Madre      Hijo(a)

Dirección: \_\_\_\_\_

Expreso mi deseo de no seguir perteneciendo al Plan de Salud Complementario Familiar ( ) / Plan de Salud Complementario Oncológico Familiar ( ) / Plan de Salud Complementario Padres ( ) / Plan de Salud Complementario Oncológico Padres ( ) y autorizo a la Dirección Ejecutiva de la IAFAS – FOSFAP realizar los trámites administrativos que sean necesarios, a fin de que se me exceptúe de los descuentos mensuales por las primas correspondientes a los planes de salud de los cuales me encuentro inscrito, sin derecho a devolución de mis aportaciones.

Relación de derechohabientes a inscribir a los planes de salud:

Apellidos y Nombres	Parentesco	Fecha de nacimiento	Edad	DNI	Nacionalidad

Para lo cual adjunto la siguiente documentación:

- 1.- Copia DNI (Titular / Beneficiario)..... ( ) 2.- Acta de Defunción..... ( )  
3.- Boleta de Haberes / Pensión..... ( ) 4.- Otros ..... ( )

Santiago de Surco, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_

--	--

Firma

Huella

**Celular:** 953 744 396 / 943 860 527  
**E-mail:** afiliacion.iafas@iafasfap.gob.pe

## ANEXO 10

### SOLICITUD DE REEMBOLSO



IAFAS – FOSFAP

#### SOLICITUD DE REEMBOLSO

SOLICITUD N° \_\_\_\_\_

**Señor Director Ejecutivo de la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS – FOSFAP).**

**Presente.-**

#### DATOS DEL TITULAR:

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

NSA: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ **Situación:** Actividad ( ) Retiro ( ) Disponibilidad ( )

Unidad: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

#### DATOS DEL SOLICITANTE:

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Parentesco: Cónyuge

#### DATOS DEL PACIENTE:

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Parentesco: Titular                      Cónyuge                      Hijo(a)                      Padre / Madre

**Ante ustedes, con el debido respeto me presento y expongo que, habiendo efectuado gastos correspondientes a la atención de tipo:**

Hospitalización / Atenciones de Emergencia                      Consulta                      Exámenes

**Solicito se efectúe el reembolso económico, por el monto de S/ \_\_\_\_\_ de acuerdo a los documentos que adjunto (ver Anexo).**

#### NOTIFICAR POR MEDIO DE:

E-mail: \_\_\_\_\_ Teléfono / Celular: \_\_\_\_\_

Santiago de Surco, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_

Huella Digital

\_\_\_\_\_  
Firma



IAFAS – FOSFAP

## ANEXO

### REQUISITOS SEGÚN NORMATIVA IAFAS – FOSFAP

CHECK LIST		
N°	Requisitos	Check
1	Sustento de atención médica (consignando nombre completo de paciente, diagnóstico, sello y firma del médico tratante):	
	• Orden médica.	
	• Informe médico (consulta y procedimientos).	
	• Recetas.	
	• Cartilla de asistencia en caso de terapias de medicina física y rehabilitación.	
2	Copia de historia clínica (para atención ambulatoria, hospitalaria y de emergencia).	
3	Detalle de liquidación o reporte de atención hospitalaria (de ser el caso).	
5	Boletas electrónicas (original y copia) a nombre del Titular o paciente por el importe correspondiente.	
6	Copia DNI y Carnet FAP.	
7	Número de cuenta y CCI del banco (solo del Titular).	

Otro: \_\_\_\_\_

## ANEXO 11

### APORTES DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCOLÓGICO FAMILIAR (TITULAR, CÓNYUGE E HIJOS)

GRADO	APORTE MENSUAL (S/)	GRADO	APORTE MENSUAL (S/)
TTG	79.00	TSP	69.00
MAG	79.00	TIP	69.00
COR	71.00	TC1	67.00
COM	71.00	TC2	67.00
MAY	71.00	TC3	67.00
CAP	62.00	SO1	58.00
TEN	62.00	SO2	58.00
ALF	62.00	SO3	58.00
* En el caso del AFILIADO/ASEGURADOS con una pensión no renovable, el cálculo del APORTE será calculado en base al APORTE del empleador, pudiéndose establecerse una prima diferente que le permita obtener los mismos beneficios que el AFILIADO/ASEGURADO con una pensión renovable.			