



CONTRATO DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO FAMILIAR CONDICIONES GENERALES

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/ASEGURADOS**.

CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO

La **IAFAS** otorga a los **AFILIADOS/ASEGURADOS** la cobertura complementaria de 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 registrarán 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. Conforme a lo dispuesto en el Artículo 89 del Reglamento de la Ley 29344.
- 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, tal como precisa el artículo 22 del Reglamento del Decreto Legislativo N° 1173, aprobado con el Decreto Supremo N° 007-2025-DE. Su afiliación puede ser a solicitud del titular del seguro de salud o su derechohabiente, padre, madre, tutor o curador.
- l. **Emergencia médica y/o quirúrgica:** 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.
- m. **Exclusiones:** Son aquellas prestaciones de salud no cubiertas por el plan o programa de salud. En el marco de lo establecido en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud aprobado mediante Decreto Supremo N° 023-2021-SA y posteriores actualizaciones, 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. **Grado de recomendación:** En MBE indica la fuerza de una acción, clasificándose generalmente de A (fuerte) a E o D (débil o no recomendada).
- o. **Latencia:** Es un derecho especial de cobertura por desempleo que no se aplica en la IAFAS-FOSFAP.
- p. **Medicina Basada en la Evidencia (MBE):** es un enfoque para la toma de decisiones clínicas que integra la mejor evidencia científica disponible, la experiencia clínica del profesional de la salud y los valores y preferencias del paciente para



brindar la mejor atención posible. Su objetivo es la selección de los mejores argumentos científicos para la resolución de los problemas que la práctica médica cotidiana plantea.

- q. Nivel de evidencia:** En MBE clasifica la solidez de los estudios científicos según su metodología, la relación con el grado de recomendación indica qué tan seguro se puede estar de que un tratamiento beneficiará más que perjudicará al paciente.
- r. Período de Carencia:** Es el plazo en el cual no están activas las coberturas de salud, el mismo que es de tres meses, contados desde la suscripción del documento de afiliación. El Plan de Salud Complementario será activado después de culminar el periodo de carencia, obteniendo el asegurado el acceso a los beneficios del Plan Complementario a partir del primer día calendario del cuarto mes. Los períodos de carencia se contabilizan en forma individual por cada afiliado/asegurado. Las emergencias no presentan períodos de carencia. Además, no se aplica el período de carencia en ninguna clase de emergencia. Para el caso de maternidad, es suficiente que la asegurada haya estado afiliada al momento de la concepción. Por ningún motivo puede excluirse de la cobertura del Plan Complementario, aquellas enfermedades o dolencias diagnosticadas durante el Período de Carencia.
- s. 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.
- t. 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.
- u. 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.
- v. 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.
- w. 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.

- x. 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.
- y. 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.
- z. 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° 0082010-SA.

La IAFAS financia las prestaciones de salud por enfermedades preexistentes no declaradas, si se acredita que la omisión se debe a un error o por desconocimiento del asegurado, en estos casos no procede la resolución del contrato de aseguramiento en salud.

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: DEL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS DE LA COBERTURA CONTRATADA

LA IAFAS otorga la cobertura detallada en las 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

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 los tres aportes. Para las atenciones de emergencia, no le será aplicable **PERÍODO DE CARENCIA** y se encuentran sujetas al pago de deducible y copago, según corresponda.

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. 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 integral 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, dentro del territorio nacional.

LA IAFAS informará por escrito, vía correo electrónico, página web <https://iafasfap.site/> 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 tratamiento para el diagnóstico determinado excede la capacidad resolutoria de las prestaciones de salud que brinda la IPRESS preferente, esta deberá coordinar la referencia del paciente, previa autorización de **EL AFILIADO/ASEGURADO** y de **LA IAFAS**, a una IPRESS Extra institucional de la red de convenios.

En los casos de emergencias médicas o accidentes u otras situaciones que no permitan el traslado del paciente o la previa coordinación con la "IAFAS" correspondiente la atención médica será prestada obligatoriamente por la IPRESS de referencia, procediendo **LA IAFAS** a realizar las coordinaciones administrativas para el financiamiento de las prestaciones de salud brindadas por dicha IPRESS.

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.



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

El **AFILIADO/ASEGURADO** deberá indicar la forma de pago, en caso sea por descuento en planilla, deberá contar con autorización de descuento de su remuneración o pensión (Anexo 5, 6 o 7, según corresponda).

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 de la 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 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 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.

Los futuros **AFILIADOS/ ASEGURADOS** pagan el costo del examen médico, en caso, a criterio de la IAFAS sea necesario su realización; debiendo definirse en las Cláusulas Particulares las condiciones diferenciadas de aseguramiento (copagos o primas). 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 REAFILIACIÓN

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

- a. 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**.
- b. 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**.



**CONTRATO DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD
PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO FAMILIAR
CONDICIONES PARTICULARES**

1.- BENEFICIOS

Los servicios que serán cubiertos por la IAFAS-FOSFAP son todos los contemplados en el listado de condiciones, intervenciones, prestaciones y preexistencias del PEAS y todo lo siguiente (Aplica para titulares y derechohabientes).

- a.- Honorarios médicos por consulta y/o procedimientos quirúrgicos ambulatorios y hospitalarios.
- b.- Servicios hospitalarios.
- c.- Medicamentos para tratamiento farmacológico de acuerdo a GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA vigente (Guías de práctica clínica institucionales, GPC MINSA, guías internacionales, nivel de evidencia y grado de recomendación mínimo IIA), materiales e insumos incluyendo catéteres, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos.
- d.- Exámenes de laboratorio y anatomía patológica relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el plan.
- e.- Estudios de imágenes, tales como rayos x, ecografías, tomografía computarizada y otros relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el plan.
- f.- Suministro de nutrición parenteral y nutrición enteral (procedimiento, insumos y fórmula) y/o referidos a consultas nutricionales para pacientes hospitalizados por un periodo máximo de tres meses por siniestro suscitado.
- g.- Servicios de terapias físicas y rehabilitación adultas y pediátricas en IPRESS–FAP: se cobertura el 90% y en IPRESS Extra FAP de convenio el 70%, debidamente sustentado y solicitado por el médico tratante FAP con formato de atención Extra FAP. El periodo máximo de cobertura es de 185 días calendario por año, sujeto a evaluación por auditoría médica. En el caso de trastornos del desarrollo psicomotor y del lenguaje de etiología adquirida, sólo se cobertura en aquellos causados por traumatismos o accidentes cerebrovasculares. Dichas terapias deben contar con nivel de evidencia y grado de recomendación IIA como mínimo para su aprobación.
- h.- Terapia de aprendizaje, cognitivo conductual, psicológica por patologías mentales (trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno del espectro autista (TEA), Asperger, trastorno específico del lenguaje (TEL),



trastornos de socialización, trastorno de aprendizaje, etc.) cobertura el 90% en IPRESS FAP y el 70% en IPRESS Extra FAP de convenio debidamente sustentado por Neurología y Pediatría del HOSPI-FAP y solicitado por el médico tratante FAP con formato de atención Extra FAP. Por un periodo máximo de 185 días calendario por año, sujeto a evaluación por auditoría médica. Dichas terapias deben contar con nivel de evidencia y grado de recomendación IIA como mínimo para su aprobación.

- i.- Servicios odontoestomatológicos: únicamente en IPRESS FAP. Sólo en aquellas localidades que no cuenten con IPRESS FAP, el afiliado o asegurado podrá ser atendidos bajo la modalidad de reembolso, sujeto a evaluación por auditoría médica. En este caso se considera el 90% de cobertura para las siguientes prestaciones:
 - 1) Honorarios profesionales por consulta odontológica, examen odontológico (incluye odontograma).
 - 2) Medicamentos, materiales e insumos odontológicos, incluyendo anestésicos.
 - 3) Estudios de imágenes, tales como rayos x (Periapical, Bite Wing, Oclusal).
 - 4) Profilaxis dental y/o detartraje anual.
 - 5) Procedimientos odontológicos ambulatorios, obturaciones que incluye colocación de amalgamas, resinas, extracciones simples, endodoncias, pulpectomías, pulpotomías, sellantes, gingivectomía.
- j.- Servicios de Atención Domiciliaria (Sólo a cargo de HOSPI: programa paciente crónico a cargo de Dpto. de Geriatría del HOSPI) para paciente con enfermedad crónica incapacitante indicado por el médico tratante y evaluado por el Departamento de Geriatría y Cuidados Paliativos se cobertura el 90% y la atención médica será cancelada en la IPRESS FAP.
- k.- Transporte asistido en casos de emergencia (Tipo I y II, de acuerdo a NTS N° 042- MINS/DGSP-V.01 aprobada mediante Resolución Ministerial N° 386-2006-MINSA del 26 de abril de 2006); el mismo que se realizará por indicación médica (registrado en formato de referencia y contrarreferencia), se cubrirá el 100% de los gastos por movilidad hacia el centro médico FAP o nosocomio autorizado. Sólo se reconocerá el pasaje de ida y retorno del personal de salud; asimismo, el pasaje de ida del acompañante si el afiliado que requiere evacuación es menor de 18 (dieciocho) años de edad o adulto mayor que cumpla criterios de adulto mayor frágil de acuerdo a la NTS N° 043-MINSA/DGSP-V.01, aprobada con Resolución Ministerial N° 529-2006/MINSA del 08 de junio de 2006.
- l.- Cinco (05) transfusiones sanguíneas, consecutivas o intermitentes, con o sin hospitalización, durante el año en curso, se cobertura el 90%.
- m.- Perfil de donante de sangre (grupo sanguíneo, hematocrito, VIH I-II, HBsAg, VHC, Sífilis, Chagas, HTLV I-II y anticore HB), sólo en caso de Malaria.
- n.- Estudios electrofisiológicos y de ablación cardiaca, se cobertura el 70%.



- o.- Servicios Farmacológicos: de acuerdo a las siguientes condiciones:
- 1) La atención farmacológica al personal afiliado a la IAFAS de la Fuerza Aérea del Perú (FOSFAP) se realizará obligatoriamente con el Petitorio Farmacológico FAP y PNUME vigentes, en base a la Denominación Común Internacional (DCI) y/o nombre genérico y por unidades de presentación (tabletas, ampollas, cartuchos, frascos, etc.).
 - 2) Los medicamentos serán entregados por las farmacias del Sistema de Salud de la FAP. Las recetas tienen un tiempo de vigencia de 30 días, desde la emisión de la misma.
- p.- Prótesis quirúrgicas y stent (Prótesis endovascular): Se cubre el valor de las prótesis internas que sean quirúrgicamente necesarias para el titular y derechohabientes debidamente inscritos en la IAFAS- FOSFAP. El coaseguro correspondiente a esta prestación será cancelado al contado en la IPRESS en la cual recibe la atención.
- q.- La cobertura de endoprótesis estará sujeta a evaluación por auditoría médica, de acuerdo a las siguientes especificaciones:
- 1) Válvulas cardíacas: sólo aórtica.
 - 2) Válvulas cerebrales: sólo ventrículo peritoneal, subaracnoidea/subdural-peritoneal.
 - 3) Válvula oftalmológica AHMED.
 - 4) Injerto vascular sintético.
 - 5) Marcapasos cardíacos.
 - 6) Stent (prótesis endovascular).
 - 7) Implante de Desfibrilador Autónomo.
- Los gastos hospitalarios por estos servicios que superen los límites de cobertura anual, serán asumidos al 100% por el afiliado.
- r.- Los conexos médicos se coberturan hasta el tope de 6 UIT: 100% para los Titulares y 95% para los derechohabientes. Si estos conexos superan las 6 UIT del año fiscal, se coberturará el 90% para el Titular y 85% para los derechohabientes.
- s.- Viscosuplementación (ácido hialurónico, derivados y similares) únicamente para tratamiento de Adultos sintomáticos con osteoartritis que tienen enfermedad confirmada clínica y radiológicamente y en quienes no ha habido respuesta a otras terapias farmacológicas o no farmacológicas para la rodilla.
- t.- Cirugía de Catarata con Facoemulsificación (Lente Intraocular Monofocal + VISCOELÁSTICO). Se cobertura al 70%.
- u.- Implante de Desfibrilador Autónomo (DAI), tanto en IPRESS FAP e IPRESS Extra FAP, sujeto a evaluación por auditoría médica y sólo en los siguientes casos:



- 1) Muerte Súbita por Taquicardia Ventricular o Fibrilación Ventricular.
 - 2) Taquicardia Ventricular Sostenida por cardiopatía estructural.
 - 3) Síncope de origen desconocido con Taquicardia Ventricular sostenida.
 - 4) Taquicardia Ventricular no sostenida en cardiopatía isquémica.
 - 5) Taquicardia Ventricular sostenida que no cede con tratamiento.
- v.- Neurotomía o neurólisis facetarias y bloqueos radiculares o facetarios.
- w.- Tratamiento de embolización para aneurismas con cobertura al 70%. Los gastos hospitalarios por este servicio que superen los límites de cobertura anual, serán asumidos al 100% por el afiliado.
- x.- FIBROSCAN (elastografía), sólo para Hepatitis Aguda tipo A y B (Con y sin agente delta) sin coma hepático, Hepatitis Aguda tipo C, Hepatitis Viral Crónica B (con y sin agente delta) y C para descartar Cirrosis. El procedimiento se realiza (01) una vez por año y se cobertura al 80%.
- y.- Tratamiento con cámara hiperbárica se cobertura al 70% Sujeto a evaluación por auditoría médica.
- z.- Anteojos, bajo modalidad de reintegro en centros de convenio, hasta el monto de 0.035 de la UIT vigente, sujeto a evaluación por auditoría médica, para los diagnósticos de Hipermetropía, Miopía, Astigmatismo y Presbicia (Se excluye prótesis para afaquia y ayudas para visión baja),
- aa.- Tratamiento con ondas de choque radiales sólo cobertura el 90%.
- bb.- El tratamiento con ondas de choque focales se cobertura el 80% y sólo para los siguientes diagnósticos:
- 1) Tendinopatías crónicas (Epicondilopatía lateral, fasciopatía plantar, tendinopatía de Aquiles, tendinopatía supraespinosa, tendinopatía patelar, síndrome doloroso trocánter mayor).
 - 2) Regeneración ósea (retraso de consolidación, pseudoartrosis, fractura por stress, necrosis avascular en etapa inicial, osteocondritis disecante en etapa inicial).
- cc.- Uso de oxígeno medicinal intradomiciliario, mediante solicitud realizada por el afiliado o familiar responsable dirigida al Director Ejecutivo de IAFAS-FOSFAP, adjuntando indicación médica sustentada con informe médico detallado (cobertura sujeta a evaluación por auditoría médica). Este beneficio podrá solicitarse anualmente y utilizarse por un periodo máximo de 06 meses con la cobertura el 85%. Mediante modalidad de reintegro.
- dd.- Tamizaje neonatal metabólico básico y auditivo en IPRESS Extra FAP de convenio, se cobertura el 90%.
- ee.- Tamizaje neonatal metabólico o auditivo ampliado, debidamente sustentado con informe médico detallado (sujeto a evaluación por auditoría médica), se cobertura el 70%.



- ff.- Ecografías 3D indicadas durante la gestación, sólo para el diagnóstico de malformaciones congénitas con sospecha debidamente sustentado con informe médico y a través de ecografía convencional, sujeto a evaluación por auditoría médica.
- gg.- Atenciones de salud mental, de acuerdo a PEAS vigente. Aplican coaseguros para atenciones ambulatorias y hospitalarias vigentes.
- hh.- En los casos de accidente de tránsito, el orden de prelación es la cobertura del SOAT. Al término de la cobertura del SOAT el seguro de la IAFAS-FOSFAP continuará financiando la atención médica, con los copagos detallados en el **Anexo 1** hasta el monto máximo de cobertura anual.
- ii.- Se coberturan atenciones de salud en un máximo de 04 cartas de garantía mensuales, sujetas a evaluación por auditoría médica. A excepción de las atenciones por emergencia tipo I y II, hospitalizaciones y exámenes médicos debidamente sustentados.
- jj.- Atención por maternidad: resulta suficiente que la asegurada haya estado afiliada al momento de la concepción. La cobertura hospitalaria de la gestante y el recién nacido se brinda de acuerdo a la pertinencia de la hospitalización de cada uno de ellos de manera independiente.
- kk.- Control de niño sano: De acuerdo a lo establecido en la NTS N° 137-MINSA/2017/DGIESP: "Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menores de Cinco Años").
- ll.- Atención por enfermedades congénitas del recién nacido: La cobertura aplica para niños cuyo nacimiento haya sido cubierto por el plan y su inscripción se haya realizado dentro de los dos (2) meses siguientes contados desde su nacimiento. Dicha cobertura aplica hasta el primer año de vida del recién nacido y hasta el límite de su cobertura.
- mm.- Prestaciones preventivo promocionales: Estas se realizarán en forma obligatoria en IPRESS del primer nivel de atención y de acuerdo a lo establecido en la Norma técnica vigente: (NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 113-MINSA/DGIEM-V.01).
- nn.- En el caso de los derechohabientes, si los gastos por el servicio superan los límites de cobertura anual, éstos serán asumidos al 100% por el afiliado o asegurado, según corresponda, sin derecho a reembolso o reintegro.
- oo.- Radiocirugía esterotáxica gammaknife para tumoraciones benignas del sistema nervioso central menores a 2 cm de diámetro, malformaciones arterio-venosa y cavernomas. Se cobertura al 50%.
- pp.- Trasplante de córnea, el cual será coberturado al 50% solo en IPRESS Pública debidamente acreditada. La solicitud para acceder a dicho trasplante deberá ser debidamente sustentada médicamente acorde a las guías de práctica clínica nacionales y/o internacionales asociadas a la patología que presente el paciente.



2.- EXCLUSIONES Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS.

- a.- No se coberturan curas de reposo o de sueño, cuidado sanitario, periodos de cuarentena o aislamiento. Así como equipos o dispositivos relacionados al estudio y/o tratamiento de trastornos del sueño.
- b.- No se coberturan las cirugías estéticas, cosmética o reconstructiva, intervenciones, infiltraciones y tratamientos, así como cualquier otra intervención que tenga carácter estético o cosmético.
- c.- No se cobertura atenciones por diagnóstico y tratamiento de ginecomastia y gigantomastia, así como la cirugía de septum nasal, a excepción de los casos a consecuencia de un accidente.
- d.- No se coberturan la cirugía reconstructiva como consecuencia de un accidente o por enfermedad cubierta anteriormente por este seguro u otro seguro Extra FAP, a excepción de las que sean estrictamente necesarias a fin de recuperar la funcionalidad de la parte afectada.
- e.- No se cobertura el tratamiento quirúrgico (incluye exámenes pre y postquirúrgicos) y farmacológico de la obesidad grado II y III debidamente registrado en Historia Clínica; así como la cirugía metabólica en diabetes.
- f.- No se cobertura el tratamiento por alteraciones hormonales que no sean debidos a enfermedad y terapia de reemplazo hormonal.
- g.- No se cobertura el tratamiento hormonal; en el caso de trastornos del crecimiento estará sujeto a auditoría médica y podrá ser coberturado únicamente en IPRESS pública.
- h.- No se coberturan prótesis para afaquias y ayudas para baja visión, implantes oculares, lente estromal o cualquier otro dispositivo para trastornos de refracción, Así como intervenciones quirúrgicas para corrección de trastornos de refracción (tales como miopía, hipermetropía, astigmatismo o presbicia), inclusive cirugía láser. Complicaciones relacionadas a vicios de refracción, excepto los considerados en el PEAS vigente. Cirugías electivas que no sean ni recuperativas ni rehabilitadoras. La cobertura de los lentes intraoculares estará sujeta a evaluación acorde a lo especificado en los beneficios descritos en la póliza.
- i.- No se cobertura el tratamiento y operaciones de carácter odontológico y/o cirugías bucales que afecten el componente estomatognático; periodontitis, ortodoncia, gingivitis, cirugía de frenillos, prótesis e implantes dentales. Asimismo, cualquier tipo de prótesis, obturadores palatinos o implantes dentales, pernos, coronas, carillas, y afines, así como las consecuencias y/o complicaciones.



- j.- No se coberturan las cirugías odontológicas (Excepto las consideradas en la descripción de beneficios odontológicos), cirugía bucal, ni alteraciones de la articulación temporomandibular. prognatismo, problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular y craneomandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y los relacionados con ellos, aun cuando sean a consecuencia de un accidente.
- k.- No se cobertura el diagnóstico, descarte y tratamiento, inclusive la cirugía, encaminados a solventar la esterilidad o infertilidad primaria o adquirida en ambos sexos. Así como cirugía o tratamiento de varicocele, frigidez, tratamiento con de fertilización o inseminación artificial, o esterilidad o implantación de embriones in vitro, disfunción eréctil o cambio de sexo. No se cobertura la prueba Hormona Antimulleriana.
- l.- No se cobertura Procedimientos de Criopreservación o Criogénéticos.
- m.- No se coberturan los tratamientos quirúrgicos y procedimientos para lesiones vasculares superficiales de extremidades (telangiectasias, hemangiomas), además de la escleroterapia de várices.
- n.- No se coberturan las terapias brindadas a pacientes por presentar bajo rendimiento escolar, así como talleres y/o escuela de padres.
- o.- No se coberturan leches maternizadas, excepto en casos de imposibilidad documentada de lactancia materna, sólo durante los días de hospitalización del recién nacido y exclusivamente durante la etapa puerperal y para caso de recién nacido de Madre VIH (+).
- p.- No se coberturan las enfermedades o accidentes, complicaciones o consecuencias medico quirúrgicas ocasionadas por el consumo de alcohol, estupefacientes, afición a las drogas y psicofármacos, incluyendo tratamientos de desintoxicación y otros que pudieran indicarse.
- q.- No se coberturan las lesiones a causa de peleas, riñas, excepto que se demuestre que se ha actuado en legítima defensa, para lo cual deberá de presentar denuncia policial. No se coberturan los gastos que se generen por lesiones autoinflingidas, suicidio y/o intento de suicidio.
- r.- No se coberturan los accidentes de tránsito generados por vehículos no identificados y que luego se dieron a la fuga, en los que los gastos de salud son asumidos por el Fondo de Compensación del SOAT.
- s.- No se coberturan los accidentes de tránsito ocasionados por el titular y/o beneficiarios bajo influencia del consumo de alcohol, psicofármacos, drogas ilícitas, evento que deberá estar registrado por un profesional de la Salud en la Historia Clínica o documento médico o a través de pruebas de alcoholemia (0.5 gr/l tomado inmediatamente u 0.15 gr/l por hora si no es tomado inmediatamente).



- t.- No se cobertura los accidentes de tránsito ocasionados por vehículo de propiedad de titular y/o beneficiario que no cuenten con SOAT.
- u.- No se coberturan los accidentes y secuelas como consecuencia de prácticas deportivas de alto riesgo (motocross, carrera de autos, aviación deportiva, caza submarina, paracaidismo y otros). Excepto en representación o función en su Institución (actividades FAP).
- v.- No se coberturan las atenciones o exámenes para procesos de ascenso, asimilación y/o de rutina para personal militar. Así como gastos cuyo objeto sea el chequeo médico y despistaje de enfermedades de una persona sana, el tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a una enfermedad determinada, que no estén comprendidos dentro del Plan anual según normativa técnica MINSA.
- w.- No se coberturan los gastos relacionados a evaluaciones para la obtención de licencias de conducir, empleos, matrimonio (u otros relacionados a tramites administrativos).
- x.- No se cobertura los accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales. Esta exclusión aplica sólo a derechohabientes.
- y.- No se cobertura el tratamiento podiátrico o quiropráctico, procedimientos y operaciones derivadas de pie plano, varo, valgo, equino-varo, callos, hallux valgus (juanete), arcos débiles y pies débiles, plantillas, zapatos ortopédicos y ortésicos.
- z.- No se coberturan las ecografías 3D y 4D, con excepción de aquellas indicadas durante la gestación, para el diagnóstico de malformaciones congénitas con sospecha debidamente sustentada por el médico ginecólogo a través de ecografía convencional.
- aa.- No se cobertura medicina tradicional de cualquier tipo, ni tratamientos homeopáticos, recetario magistral, iriología, reflexología y en general tratamientos de medicina alternativa o complementaria, incluyendo acupuntura, quiropraxia y similares. Asimismo, cuidados y tratamientos de rehabilitación en gimnasios y afines. De la misma forma queda excluido cualquier tipo de tratamiento de naturaleza experimental o empírico.
- bb.- No se coberturan tratamientos y/o cirugías no reconocidas por el Colegio Médico, así como los practicados por personas que no sean médicos profesionales, o no considerados médicamente necesarios.
- cc.- No se coberturan las terapias físicas, terapias de lenguaje y rehabilitación brindadas por personal que no pertenezca al área de salud correspondiente y que no cuente con colegiatura y certificación del Colegio profesional.
- dd.- No se cobertura la adquisición de medicamentos fuera del PNUME y del Petitorio Farmacológico FAP vigentes sin la autorización previa de la IAFAS-FOSFAP.



- ee.- La IAFAS-FOSFAP no reconoce gastos derivados de complicaciones a consecuencia de tratamientos, intervenciones quirúrgicas u operaciones que estén mencionadas en las exclusiones.
- ff.- La IAFAS-FOSFAP no realizará reembolsos por desabastecimiento de fármacos y/o insumos en Sanidades y Hospitales FAP.
- gg.- No se coberturan terapias intradomiciliarias, a excepción de lo cobaturado dentro del programa paciente crónico a cargo del departamento de geriatría del HOSPI.
- hh.- No se coberturan los productos Farmacéuticos tales como:
 - 1) Energizantes, anabólicos, antioxidantes y estimulantes del apetito.
 - 2) Vacunas inespecíficas, lisados de bacterias, toxinas, reconstituyentes y otros similares ya sean indicados
 - 3) Como preventivos o como supuestos tratamientos causales y curativos, inmunoestimulantes, inmunoterapia.
 - 4) Medicamentos no comercializados a nivel nacional que no cuenten con sustento médico y con evidencia de efectividad en el paciente.
 - 5) Productos naturales, medicina oriental, medicina homeopática, medicina no tradicional y/o popular.
 - 6) Tratamiento con cannabis medicinal y sus derivados, así como la amapola.
- ii.- Anticoagulantes, heparinoides, procoagulantes y eritropoyetina con fines preventivos o profilácticos.
- jj.- No se cobertura el medicamento Nimodipino. Excepto en casos de hemorragia subaracnoidea.
- kk.- No se coberturan las vacunas distintas a las consideradas en el Esquema Nacional de Vacunación del Ministerio de Salud (MINSA) según Resolución ministerial N°479-2025-MINSA.
- ll.- No se coberturan los procedimientos de desensibilización o pruebas relacionadas (inmunomoduladores, inmunoglobulinas, oligonucleótidos). No se cobertura la prueba de Prick Test.
- mm.- No se coberturan los sueros autólogos.
- nn.- No se cobertura el suministro de nutrición parenteral y nutrición enteral (procedimiento, insumos y fórmula) y/o referidos a consultas nutricionales, excepto que el afiliado se encuentre hospitalizado.
- oo.- No se coberturan las pruebas de laboratorio, exámenes o estudios moleculares genéticos y/o estudios de mutaciones u otras, de cualquier tipo, inestabilidad microsatelital en sangre, pruebas moleculares para GIST, así como biopsias líquidas y/o perfiles moleculares. Pruebas moleculares y/o genéticas pronósticas.



- pp.- No se coberturan los estudios genéticos que tienen como finalidad conocer la predisposición del asegurado o de su ascendencia o descendencia presente o futura a padecer todas las enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas.
- qq.- No se coberturan los fármacos como vitaminas, suplementos alimenticios, suplementos nutricionales. Excepto las requeridas para carencias vitamínicas documentadas, control prenatal y postnatal, osteoporosis y vitamina K en hemorragias.
- rr.- No se cobertura tratamiento con carboximaltosa de hierro, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos, uso medicinal de cannabis), estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes, neurotónicos y nootrópicos, productos naturales, homeopáticos, alternativos o productos no medicinales, así como cualquier otro producto o medicamento no relacionado a la enfermedad objeto de cobertura.
- ss.- No se cobertura el tratamiento con Botox (toxina botulínica) con fines estéticos. Excepto en casos de: Distorción cervical, espasmo miofacial, estrabismo, blefaroespasma y espasticidad por parálisis cerebral. Sujeto a evaluación por auditoría médica.
- tt.- No se cobertura score de calcio para enfermedades cardiovasculares y angiogramografía coronaria para decisión de terapia hipolipemiante.
- uu.- No se coberturan los dispositivos de cierre vascular mediante sutura o grapa post punción arterial percutánea (Perclose Proglide, Prostar, Star Close, entre otros).
- vv.- No se coberturan los paneles de diagnóstico rápido de patógenos múltiples para infecciones (Filmarray, Verigene, Maldi-Tof). Excepción: estudio de líquido cefalorraquídeo.
- ww.- No se coberturan los gastos por concepto de compra de sangre, plasma, hemoderivados, tejidos, órganos y gastos por transfusiones de los mismos, injertos y todo conexo médico de origen biológico. No se cubre plasma rico en plaquetas para tratamientos estéticos ni tratamientos que impliquen el uso de células madre.
- xx.- No se realizará reembolsos y/o reintegros por atenciones médico quirúrgicas efectuadas en IPRESS Extra FAP, sin previa autorización de la IAFAS-FOSFAP, excepto en los lugares donde no existan IPRESS FAP.
- yy.- No se coberturan las atenciones de embarazo, proceso de gestación, parto, abortos y/o complicaciones en familiares afiliados a la IAFAS diferentes a la cónyuge.
- zz.- No se cobertura el servicio de enfermería particular.



- aaa.- No se coberturan atenciones y/o tratamientos practicados por personas que no sean médicos profesionales colegiados.
- bbb.- No se cobertura el traslado en ambulancia terrestre, ambulancia aérea y/o avión comercial de pacientes en casos no considerados emergencia Tipo 1 y 2, que no cuenten con certificación médica.
- ccc.- No se coberturan los tratamientos experimentales y los gastos ocasionados para su implementación.
- ddd.- No se coberturan las prótesis externas, prótesis personalizadas, cualquier tipo de material ortopédico, fijadores externos, aparatos auditivos, audífonos, prótesis o implantes para sordera, implante coclear, Cefaly, neuroestimulador cerebral, estimulador de crecimiento óseo.
- eee.- No se cobertura suministro de muletas, sillas de ruedas y otros aparatos ortopédicos.
- fff.- No se cobertura el diagnóstico de alopecia androgénica y otras pérdidas de cabello, así como su tratamiento farmacológico y quirúrgico.
- ggg.- En los casos de hospitalización no se cubrirán los gastos del acompañante, teléfono, alquiler de artefactos u otros gastos que no tengan relación con el tratamiento médico.
- hhh.- No se coberturan los productos de higiene y uso personal, productos cosméticos, productos dermatocosméticos y bloqueadores solares (foto protectores, humectantes y exfoliantes) para fines preventivos y/o estéticos salvo justificación del médico especialista dermatólogo y aprobación del Comité Farmacoterapéutico, así como los pañales que sólo se cubrirán durante la hospitalización por un periodo máximo de 30 días.
- iii.- No se cobertura la compra o alquiler de equipos médicos, tales como: glucómetro, termómetro, tensiómetro, respirador o ventilador mecánico, pulsoxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP, equipos ambulatorios para rehabilitación en el domicilio del paciente, así como equipos mecánicos y electrónicos.
- jjj.- No se coberturan los gastos derivados de tratamientos de enfermedades congénitas, raras y huérfanas que superen el tope de cobertura anual establecido por el Estudio Matemático Actuarial y aprobado por la Junta de Administración de la IAFAS-FOSFAP para estos casos. Además, no se cobertura cualquier gasto de traslado, atenciones, exámenes de laboratorio y procedimientos que se brinden fuera de las IPRESS designadas por convenio y/o contrato.
- kkk.- No se coberturan las intervenciones quirúrgicas especializadas y adquisición de material ortopédico cubierto por la Ley 29643 "Ley que otorga protección al personal con discapacidad de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú".



- III.- No se cobertura prueba de laboratorio Cobas para detección de Virus del Papiloma Humano.

- mmm.- No se coberturan dispositivos para la columna (incluyendo el acto quirúrgico cuyo único fin sea implantarlo) del tipo separadores interespinosos e intervertebrales (Coflex, Coflex-F, Diam, DCI, entre otros). Tampoco las cirugías híbridas de columna y los procedimientos mínimamente invasivos ablativos con químicos, láser, o radiofrecuencia: nucleoplastía, discectomía o discólisis, proloterapia, ozonoterapia, biacuplastía, aguja seca.

- nnn.- No se cobertura latrogenias, entendiéndose estas como el daño no intencional que sufren los pacientes como resultado de la atención por un profesional de la salud, un medicamento, un tratamiento o una intervención médica.

ANEXO 1

PLAN DE BENEFICIOS

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

Se asigna una cobertura de hasta S/ 160, 000.00 al año por cada familiar afiliado, para aquellos procedimientos que no se encuentren contemplados en el Plan Específico de Salud, cabe precisar que esta cobertura estará sujeta a las exclusiones definidas en las condiciones particulares.

PARENTESCO	LÍMITE DE COBERTURA ANUAL	DEDUCIBLE POR CONSULTA EN RED FAP (**)		COPAGO POR SERVICIOS				COPAGO POR MEDICAMENTOS			
		CONSULTA AMBULATORIA	CONSULTA EMERGENCIA	CONSULTAS AMBULATORIAS EN IPRESS PÚBLICAS EXTRA FAP	HOSPITALIZACIÓN Y EXÁMENES AMBULATORIOS EN IPRESS PÚBLICAS Y FF.AA.	CONSULTAS AMBULATORIAS EN IPRESS PRIVADAS	HOSPITALIZACIÓN Y EXÁMENES AMBULATORIOS EN IPRESS PRIVADAS	MEDICAMENTOS EN PETITORIO FAP/PNUME CON DCI - AMBULATORIO	MEDICAMENTOS EN PETITORIO FAP/PNUME CON DCI - HOSPITALIZADO	MEDICAMENTOS FUERA DE PETITORIO FAP/PNUME O DE MARCA - AMBULATORIO (*)	MEDICAMENTOS FUERA DE PETITORIO FAP/PNUME O DE MARCA - HOSPITALIZADO (*)
TITULAR	ILIMITADO	S/ 0.00		0%	0%	0%	0%	0%	0%	30%	30%
CÓNYUGE	HASTA S/ 160,000.00	S/ 10.00	S/ 15.00	5%	5%	10%	10%	30%	30%	30%	30%
HIJOS				5%	5%	10%	10%	30%	30%	30%	30%

(*) Sujeto a evaluación por auditoría médica

(**) Sujeto a variación detallada en el Tarifario Institucional de la FAP

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, torsión testicular y aquellas enfermedades o dolencias diagnosticadas en el periodo de carencia.

Para la cobertura complementaria (no PEAS) se aplicará un periodo de **CARENCIA** de 3 meses.

Para las emergencias accidentales y/o no accidentales la atención será inmediata, siempre y cuando la enfermedad no sea pre-existente.

Para el caso de maternidad, es suficiente que la asegurada haya estado afiliada al momento de la concepción.

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 afiliarse
- 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:** _____

	SI	NO	DETALLE
1.- ¿Ha tenido anteriormente algún tipo de seguro en IAFAS – FOSFAP? Indique y detalle que seguro tuvo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.- ¿Tiene algún tipo de seguro de salud o de vida privado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

A) ANTECEDENTES FAMILIARES			
HISTORIA FAMILIAR	EDAD	PADECE O PADECIÓ ALGUNA ENFERMEDAD ¿CUÁL?	SI FALLECIÓ SU FAMILIAR, CUAL FUE EL DIAGNÓSTICO DE FALLECIMIENTO
PADRE		Enfermedad Vascular o al Corazón: ... Diabetes: Transtornos mentales: ... Cáncer: ...	
MADRE		Enfermedad Vascular o al Corazón: ... Diabetes: Transtornos mentales: ... Cáncer: ...	
HERMANOS		Enfermedad Vascular o al Corazón: ... Diabetes: Transtornos mentales: ... Cáncer: ...	

B) ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO	DETALLE
3.- ¿Realiza vuelos como piloto, estudiante de piloto, o es miembro de tripulación de nave aérea o marítima, vuela como pasajero en medios de transporte aéreo de vuelos no regulares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.- ¿Es bombero, ingeniero de minas, radiólogo o a fin, ingeniero químico (planta), minero, periodista corresponsal de guerra, miembro de las Fuerzas Armadas o realiza cualquier otra actividad de riesgo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.- ¿Practica paracaidismo, andinismo, automovilismo, buceo, motociclismo o afines, benji (caída libre con cuerda) pesca submarina, ala delta, planeador, rodeo, surf o cualquier otro deporte o actividad de riesgo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.- ¿Tiene alguna discapacidad, defecto físico o amputación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.- ¿Se ha medido la Presión Arterial en los últimos 3 años? ¿Cuál fue el resultado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.- Has tenido variación de más de 5 kg en este último año? Indique la causa probable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.- ¿Ha consumido bebidas alcohólicas en exceso o se ha sido sometido a o tratamiento rehabilitación por alcoholismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.- ¿Fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.- ¿Ha hecho uso de morfina, cocaína, L.S.D. marihuana u otros narcóticos? ¿Por qué causas, en qué cantidades y por cuánto tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



B) ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO	DETALLE
12.- Usa o ha hecho uso habitual de sedantes, tranquilizantes o somníferos? ¿Quién se los ha indicado, por que causa, en qué cantidad?			
13.- ¿Ha tenido descansos médicos en los últimos 6 meses? ¿Por qué motivo o diagnóstico fueron?			
C) ULTIMO CHEQUEO O CONTROL MÉDICO	DETALLE		
14.- Fecha y motivo en que se realizó su último chequeo o control.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Motivo:		
15.- Si fue por enfermedad, informe el diagnóstico médico.			
D) ¿PADECES O HAS PADECIDO ALGUNA DE LAS AFECCIONES O TRANSTORNOS SIGUIENTES?	SI	NO	DETALLE
16.- Enfermedades Neurológicas			Vértigos: ... Desmayo: ... Parálisis: ... Convulsiones: ... Epilepsia: ... Pérdida del conocimiento: ... Dolores de cabeza severos: ... Meningitis: ... Transtornos Mentales: ... Otros:
17.- Enfermedades Psiquiátricas			Ansiedad: ... Depresión: ... Fobias: ... Psicosis: ... Otros:
18.- Enfermedad congénita / hereditaria / deformidad congénita			Cuál:
19.- Enfermedad de los pulmones			Asma: ... Silicosis: ... Neumonía: ... Neumotórax: ... Bronquitis: ... Tuberculosis: ... Otros:
20.- Enfermedades vasculares o del corazón			Arritmia: ... Soplo: ... Valvulopatía: ... Coronariopatía (Infarto): ... Fiebre reumática: ... Molestias o dolores en el pecho: ... Hinchazón de piernas: ... Várices o úlceras varicosas: ... Otros:
21.- Enfermedades digestivas			Gastritis: ... Úlcera: ... Diarreas: ... Estreñimiento: ... Heces con sangre: ... Otros:
22.- Enfermedades renales, urológicas			Infecciones urinarias: ... Problemas de Próstata: ... Cólico Renal: ... Orina con sangre: ... Insuficiencia Renal: ... Otros:
23.- Enfermedades de los huesos o articulaciones			Artritis: ... Lupus: ... Artrosis: ... Enfermedades reumáticas: ... Fracturas óseas: ... Síndrome túnel carpiano: ... Lumbalgia: ... Luxación: ... Tendinitis: ... Amputación: ... Otros:
24.- Enfermedades de la sangre			Anemia: ... Hemofilia: ... Alteraciones de la Coagulación: ... Manchas rojas en la piel: ... Leucemia: ... Hemorragias persistentes: ... Otros:
25.- Enfermedades de la piel			Cuáles:
26.- Enfermedades de la Tiroides			Hipotiroidismo: ... Hipertiroidismo: ... Otros:
27.- Enfermedades de los ojos: ¿Usa usted lentes?			Miopía: ... Hipermetropía: ... Astigmatismo: ... Cataratas Presbicia: ... Cirugía por:
28.- Enfermedades de los oídos: ¿Oye usted bien?			¿Usa audífono? SI: ... NO: ...
29.- Enfermedades infecciosas importantes			Meningitis: ... Hepatitis A: ... Hepatitis B: ... Hepatitis C: ... Paludismo: ... Tuberculosis: ... VIH – SIDA: ... Enfermedades relacionadas al SIDA: ... Otros:
30.- Diabetes / Hipertensión arterial			Controla con dieta: ... Antidiabéticos orales: ... Insulina: ... Antihipertensivos: ... Otros:
31.- Alteraciones metabólicas			Colesterol alto: ... Triglicéridos alto: ... Ácido úrico alto: ...
32.- Otras: Tumores, Cáncer			Cáncer de mama: ... Cáncer de cuello uterino: ... Cáncer gástrico: ... Cáncer pulmonar: ... Otros:
33.- ¿Ha estado alguna vez hospitalizado para observación, diagnóstico, operación o tratamiento?			Motivo: Fecha: / /
34.- ¿Está recibiendo tratamiento médico para alguna enfermedad o está tomando medicina de cualquier clase por más de 1 mes?			Medicamento y Motivo:
35.- ¿Está recibiendo tratamiento para Cáncer como radioterapias o quimioterapias?			
36.- ¿Le realizan diálisis peritoneal o hemodiálisis? Detalla cuántas veces a la semana recibes el mencionado tratamiento.			



IAFAS – FOSFAP

D) ¿PADECES O HAS PADECIDO ALGUNA DE LAS AFECCIONES O TRASTORNOS SIGUIENTES?	SI	NO	DETALLE
37.- ¿Tiene que ser hospitalizado próximamente?			Motivo: Fecha: / /
38.- ¿Tiene conocimiento de padecer alguna enfermedad o lesión que no se haya mencionado directamente en este cuestionario?			Cuál:
E) CONTESTE SOLO SI ES MUJER	SI	NO	DETALLE
39.- ¿Ha sufrido o tiene conocimiento de padecer alguna enfermedad o tumor en el pecho, útero, ovarios, menstruación irregular, abortos, cesáreas o complicaciones en algún embarazo?			
40.- ¿Fecha de última regla?			Cuándo: / /
41.- ¿Cuántos partos ha tenido y cuándo fue el último?			Motivo: Fecha: / /
42.- ¿Se ha practicado exámenes de Papanicolau (PAP) en los últimos 3 años?			Cuándo: / /

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
 Aporte¹
 Cuota²
 Otros³

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, dejo 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 posibles 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.

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

² Relacionado a una prestación de salud.

³ 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 endel 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 mi 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 5° y 6° del Decreto Supremo N° 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 FAMILIAR (TITULAR, CONYUGE E HIJOS)

GRADO	APORTE MENSUAL (S/)	GRADO	APORTE MENSUAL (S/)
TTG	185.22	TSP	122.82
MAG	182.62	TIP	122.82
COR	174.82	TC1	120.22
COM	135.82	TC2	115.02
MAY	128.02	TC3	115.02
CAP	122.82	SO1	113.72
TEN	117.62	SO2	113.72
ALF	117.62	SO3	113.72

* 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.