



PLAN ESPECÍFICO DE SALUD CONDICIONES GENERALES

Consten en el presente documento las Condiciones Generales del Plan Específico de Salud, que brinda LA IAFAS de la Fuerza Aérea del Perú con R.U.C. N° 20492080811, con domicilio en Av. Aramburu cuadra 2 S/N Miraflores, 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 BENEFICIARIO**, cuyos datos están descritos en el anexo 1 del presente plan, a quién en adelante se le denominará **EL AFILIADO**, en los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES

La **IAFAS** es una persona jurídica constituida y registrada ante la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (en adelante 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 Marco de Aseguramiento Universal en Salud N° 29394 y su Reglamento el DS-008-2010-SA, el Decreto Legislativo 1173 y demás normas complementarias, cuya finalidad es financiar las atenciones de salud de sus **BENEFICIARIOS** de acuerdo con las coberturas y límites establecidos en el Plan Específico de Salud.

LA ENTIDAD EMPLEADORA (EE) es la Fuerza Aérea del Perú - FAP, debidamente constituida y organizada de acuerdo al Decreto Legislativo 1139 y su reglamento el Decreto Supremo N° 017-2014-DE, la misma que asigna empleo al personal militar bajo una relación de dependencia.

Para efecto de las presentes condiciones generales entiéndase como **LOS AFILIADOS** a los **BENEFICIARIOS** registrados en **LA ENTIDAD EMPLEADORA**, y a sus derechohabientes.

LA ENTIDAD EMPLEADORA (EE) es la encargada de pagar el aporte obligatorio del Estado (FOSPEMFA) del personal militar en actividad y disponibilidad, así como a los Cadetes y Alumnos de los Centros de Formación de las Fuerzas Armadas, establecido en el numeral 1) del artículo 5 del Decreto Legislativo N° 1173, para el financiamiento de las atenciones de salud establecidas en el Plan Específico de Salud.

La Dirección General Previsional del Ministerio de Defensa es la encargada de pagar el aporte obligatorio del Estado (FOSPEMFA) del personal militar en retiro, para el financiamiento de las atenciones de salud establecidas en el Plan Específico de Salud.



CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO

En virtud del presente Plan Específico, **LA IAFAS** brinda a **LOS AFILIADOS**, la cobertura obligatoria por las contingencias correspondientes al PEAS aprobado en el Decreto Supremo N° 023-2021-SA, sus normas modificatorias y complementarias, así como las establecidas en las condiciones particulares del presente contrato.

La contratación de la cobertura complementaria y beneficios adicionales son de naturaleza voluntaria y se regirá conforme a las reglas establecidas por la IAFAS.

CLÁUSULA TERCERA: CONTENIDO

EL Plan Específico de Salud que se describe consta de las siguientes partes integrantes:

- a. **Condiciones Generales:** Las mismas que establecen las condiciones mínimas que lo rigen, y que se suscribe en el marco del proceso de Aseguramiento Universal en Salud (AUS). Toda condición que se establezca en contravención de la Ley de AUS, N° 29344, su Reglamento, las presentes Cláusulas Generales, así como la **RESOLUCIÓN SUPERINTENDENCIA N°069 – 2021 – SUSALUD/S** que las aprueba, se tendrá por no puesta.
- b. **Condiciones Particulares:** que incluyen el Plan Específico de Salud, así como el detalle de las condiciones en las cuales se otorgan las coberturas correspondientes, incluyendo la red de IPRESS, copagos, deducibles, y las obligaciones administrativas de las partes.

CLÁUSULA CUARTA: DEFINICIONES

- a. **Accidente:** Toda lesión corporal producida por acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad y que puede ser determinada por los médicos de una manera cierta.
- b. **Acto Médico:** Procedimiento diagnóstico, curativo, terapéutico, rehabilitador o paliativo que ejecuta un médico u otro profesional de la salud, personalmente en el ejercicio de sus actividades profesionales a **EL AFILIADO**.
- c. **Afección Crónica:** Enfermedad habitual, permanente o recidivante, o aquella que permanezca por más de seis (6) meses consecutivos.
- d. **Afiliación Obligatoria:** Es la que se establece mediante Ley, Decreto Legislativo o Norma equivalente a través del cual una determinada población es afiliada a una IAFAS. Están sujetos a la afiliación obligatoria 1) Personal Militar: Oficiales, Técnicos Supervisores, Técnicos y Sub Oficiales en situación de actividad, disponibilidad y retiro con derecho. 2) Cadetes y Alumnos de los Centros de Formación de la Fuerza Aérea quienes serán beneficiarios en forma personal e



intransferible.

- e. **Afiliación individual:** la que realiza el afiliado o asegurado a título personal, en virtud de un contrato suscrito con una IAFAS.
- f. **Afiliación colectiva:** La que se realiza a través de la **ENTIDAD EMPLEADORA** en virtud del cual el personal militar FAP inscribe a sus derechohabientes.
- g. **Aporte:** Contraprestación establecida en el contrato a favor de la IAFAS, de cargo del afiliado o contratante, por los beneficios del plan o programa de salud contratado.
- h. **Beneficiarios:** Los beneficiarios de las IAFAS de la Fuerza Aérea del Perú son: 1) Personal de Oficiales, Técnicos Supervisores, Técnicos y Sub Oficiales en situación de actividad, disponibilidad y retiro con derecho. 2) Cadetes y Alumnos de los Centros de Formación de la Fuerza Aérea quienes serán beneficiarios en forma personal e intransferible. 3) Derechohabientes y familiares inscritos en la base de datos de Dirección General de Personal de la Fuerza Aérea del Perú, que cumplan los requisitos establecidos en el Manual FAP 160 – 3 y demás normas modificatorias, complementarias, sustitutorias o derogatorias.
- i. **Continuidad:** Reconocimiento del tiempo de permanencia, en los Planes de Salud inmediatamente anteriores a la vigencia del nuevo Plan Específico con la misma IAFAS, con el objeto de dar cobertura a dolencias o enfermedades cuyo desarrollo y tratamiento médico se hubiera iniciado durante la vigencia del plan anterior, bajo las condiciones del nuevo Plan Específico de Salud.
- j. **Declaración de Salud:** Documento obligatorio anexo a la solicitud de afiliación que debe ser llenado completamente por los asegurados (titulares, derechohabientes legales y otros beneficiarios). Contiene la información de salud declarada por los asegurados relativa a las condiciones asegurables al PEAS, cobertura complementaria, pudiendo ser estas últimas materia de exclusión.
- k. **Derechohabientes:** 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:** Es toda condición repentina e inesperada que requiera atención y procedimientos quirúrgicos y/o médicos inmediatos al poner en peligro inminente la vida, la salud, o que pueden dejar secuelas invalidantes en el asegurado. La determinación de la condición de emergencia es realizada por el profesional médico encargado de la atención, bajo responsabilidad.
- m. **Enfermedad Catastróficas:** Son aquellas enfermedades que generan severos daños en la salud de quien las padece. Se trata en general de enfermedades crónico degenerativas o infectocontagiosas que se vuelven crónicas; y que pueden ser causantes de discapacidad y muerte.



- n. **Enfermedad profesional:** Todo estado patológico permanente o temporal que sobreviene al personal militar FAP como consecuencia directa de la clase de trabajo que desempeña o del medio en que se ha visto obligado a trabajar.
- o. **Entidades Empleadoras:** Las empresas e instituciones públicas o privadas que emplean personal militar FAP es bajo relación de dependencia, las que pagan pensiones, las cooperativas de personal militar FAP es y las empresas de servicios temporales o cualquier otro tipo de intermediación laboral. Se incluye dentro de esta definición a las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú.
- p. **Exclusiones:** Son aquellas prestaciones o gastos no cubiertos, detallados en el plan o programa de salud.
- q. **Infraestructura Propia:** Establecimientos de salud que se encuentren bajo control directo de una IAFAS, cualquiera que fuere el título legal bajo el cual se hubiere adquirido tal derecho.
- r. **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS):** Son instituciones o empresas públicas o privadas o mixtas, creadas o por crearse como personas naturales o jurídicas que tiene como objetivo la prestación de servicios de salud. Están obligadas a registrarse en SUSALUD.
- s. **Periodo de Latencia:** Tiempo en el que los asegurados podrán acceder a servicios médicos, aunque la IAFAS de la Fuerza Aérea del Perú deje de captar los aportes provenientes del empleador o DIGEPREV.
- t. **Periodo de Carencia:** Es el tiempo durante el cual las coberturas no se encuentran activas luego de la fecha de inicio de vigencia de su plan de salud. Todo diagnóstico y/o enfermedad manifestada durante este periodo no estará sujeto a cobertura.
- u. **Periodo de espera:** Período dentro de la vigencia de cobertura de la póliza, generalmente comprendido entre el momento inicial en el cual se formaliza el contrato y una fecha posterior predeterminada en este mismo, durante el cual el asegurador no cubre determinados riesgos establecidos en la póliza.
- v. **Plan de salud:** Es el documento que detalla los beneficios que otorga el Plan de Salud contratado. Estos beneficios no podrán ser en ningún caso inferiores a los contenidos en el PEAS.
- w. **Plan Específico de salud:** Son los planes de aseguramiento que brindan las Sanidades de las Fuerzas Armadas, en donde la estructuración de las coberturas para sus afiliados, en tanto posean mejores condiciones respecto al PEAS, mantienen sus coberturas de beneficios vigentes bajo dichos planes, debiendo incorporar las garantías explícitas previstas en la ley.
- x. **Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS):** De acuerdo con el artículo 13º de la Ley 29344, consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas por las IAFAS a los asegurados. No contiene exclusiones por ser un plan de diagnósticos enumerados. Actualmente se encuentra regulado por el Decreto Supremo N° 023-2021-SA.



- y. **Prevención y Promoción de la Salud:** Las actividades o intervenciones orientadas a la prevención de enfermedades y a la promoción de estilos de vida saludables.
- z. **Preexistencia:** Es cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional de la salud colegiado, conocida por el titular o dependiente y consignada en una historia clínica u otro documento o registro con validez legal.
 - aa. **Rehabilitación:** Tratamiento destinado a restituir total o parcialmente la actividad o función perdida de uno o varios órganos de EL AFILIADO, debido a un traumatismo o enfermedad.
 - bb. **Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD):** Al Organismo Público Descentralizado del Sector Salud que tiene por objeto autorizar, regular y supervisar el funcionamiento de las Entidades Prestadoras de Salud y cautelar el uso correcto de los fondos por éstas administrados.
 - cc. **Urgencia médica:** Alteración del estado de salud que, en primera instancia, no pone en riesgo la vida del asegurado, pero que de no recibir atención oportuna puede complicarse o dejar secuelas anatómicas y/o funcionales permanentes y, ocasionalmente, la muerte.

CLÁUSULA QUINTA: COBERTURA OBLIGATORIA Y CONDICIONES DE OTORGAMIENTO

LA IAFAS otorga a **LOS AFILIADOS** la cobertura consistente en las prestaciones de recuperación de la salud y las prestaciones preventivas y promocionales comprendidas en el Plan Específico de Salud, de acuerdo a la normatividad vigente, según se indica en la sección denominada "Condiciones Particulares" que es parte integrante del Plan Específico de Salud.

La cobertura mínima obligatoria detallada en el Plan Específico de Salud contenido en las Condiciones Particulares, contempla los mismos beneficios para todos **LOS AFILIADOS** registrados en el plan, independientemente de la remuneración o pensión del personal militar FAP o derechohabiente con derecho a pensión. En tal sentido, sus condiciones y el acceso a las prestaciones correspondientes son iguales para todos.

La cobertura obligatoria comprende la atención de las dolencias preexistentes cuyo tratamiento está comprendido en el Plan Específico de Salud.

CLÁUSULA SEXTA: PRESTACIONES DE RECUPERACION DE LA SALUD

La cobertura de salud que **LA IAFAS** otorga a favor de **LOS AFILIADOS**, comprende las condiciones asegurables e intervenciones y en general, todos los procedimientos y tratamientos que sean necesarios para el manejo de las condiciones asegurables establecidas en las condiciones particulares de **el Plan Específico de Salud**.



Las prestaciones de recuperación de la salud se otorgan hasta la solución total de las contingencias del Plan Específico de Salud que aquejan a **LOS AFILIADOS**.

CLÁUSULA SÉPTIMA: PRESTACIONES PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

Adicionalmente a lo mencionado en la cláusula precedente, como parte de la cobertura obligatoria, se otorgarán las prestaciones de prevención primaria y promoción de la salud que tienen por objeto preservar en buen estado la salud de **LOS AFILIADOS**, 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).
- 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).

En el Plan de Salud que se detalla en las Condiciones Particulares del Plan Específico de Salud, se indican cada una de las Prestaciones Preventivas y Promocionales de el Plan esencial de aseguramiento en salud a otorgarse obligatoriamente, detallándose su periodicidad, diferenciándolas según edad y género.

En los casos de demanda de medicación o exámenes auxiliares derivados de una atención preventiva, esta será considerada como una atención ambulatoria, sujeta a las condiciones previstas en el Plan de Salud.

CLÁUSULA OCTAVA: EXCLUSIONES Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

1. Se encuentran excluidas de la cobertura obligatoria en las presentes Condiciones Generales:
 - a. Las prestaciones económicas de cualquier índole, salvo las que fueran materia de pacto especial.
 - b. Todo procedimiento o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria:
 - Cirugías electivas (no recuperativas ni rehabilitadoras)
 - Cirugía Plástica
 - Odontología de Estética



- Tratamiento de periodoncia y ortodoncia
 - Curas de reposo y del sueño
 - Lentes de contacto.
2. Toda prestación incluida en las condiciones particulares del presente plan.
 3. Fármacos que no se encuentren considerados en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos (PNUME).

CLÁUSULA NOVENA: DE LOS ASEGURADOS DE LA COBERTURA OBLIGATORIA

LA IAFAS otorgará la cobertura obligatoria detallada en las condiciones Particulares del presente Plan Específico de Salud a los **BENEFICIARIOS**, siempre que mantengan la condición de dependencia y de afiliados regulares del Régimen Contributivo del AUS.

Asimismo, se otorgará cobertura obligatoria del Régimen Contributivo del AUS a los derechohabientes de **LOS AFILIADOS**, según se define en el Decreto Legislativo N° 1173.

CLÁUSULA DÉCIMA: INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA OBLIGATORIA

1. Los **BENEFICIARIOS**, gozarán de su cobertura, siempre que cumplan con alguno de los siguientes requisitos:
 - Cuenten con el primer mes de aporte.
 - En caso de emergencia de tipo I y II, basta que exista afiliación a la IAFAS.
 - Se encuentren gozando del derecho de latencia descrito en la cláusula siguiente.
2. La cobertura obligatoria a favor de **LOS AFILIADOS** referidos en el numeral 1. precedente se iniciará el primer día del mes siguiente.
3. En caso de maternidad, ya sea titular o de la cónyuge o concubina del titular, o de sus hijas derechohabientes, la condición para el goce de la cobertura establecida en el Plan Específico de Salud es que se encuentre afiliada al tiempo de la concepción.



CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA. - COBERTURA POR DESAFILIACION

En caso de suspensión del aporte obligatorio por el afiliado y sus derechohabientes, se procede a suspender o desafiliar de la cobertura del Plan Específico de Salud según corresponda. Se tendrá en consideración un periodo de latencia de 3 meses contados a partir de la desafiliación.

La IAFAS de la Fuerza Aérea del Perú, en virtud a las condiciones establecidas en las Leyes de situación militar, de remuneraciones (Decreto Legislativo N° 1132) y la Ley de pensiones de las FFAA (Decreto Legislativo N° 1133 y el Decreto Ley N° 19846) y el Marco Jurídico que modifique, sustituya o derogue las normas antes señaladas, podrá establecer condiciones de cobertura según corresponda.

CLÁUSULA DECIMO SEGUNDA. - LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Las prestaciones correspondientes a la cobertura obligatoria del Plan Específico de Salud, se otorgarán en las IPRESS FAP, en las cuales consta la dirección de los establecimientos y su número de registro ante SUSALUD, dentro del territorio nacional.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA. - APORTES

Como contraprestación por el otorgamiento de la cobertura obligatoria, **LA ENTIDAD EMPLEADORA** pagará a **LA IAFAS** los aportes obligatorios establecidos en el Decreto Legislativo N° 1173 y demás normas modificatorias, sustitutorias o derogatorias.

Durante el período de latencia (3 meses) no se devenga la obligación de efectuar aportes a favor de **LA IAFAS**, correspondiente a los **BENEFICIARIOS** o cuyo vínculo se encuentre suspendido en forma perfecta, salvo los copagos.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA. - INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE LOS APORTES

En caso que el Estado deje de abonar a la IAFAS-FOSFAP el aporte del Fondo de Salud para el Personal Militar de las Fuerzas Armadas (FOSPEMFA) durante tres (03) meses consecutivos, cualquiera sea la causal, correspondiente por el Contratante (Titular o beneficiario de pensión) será desafiliado del Plan Específico de Salud tanto el contratante (Titular o beneficiario de pensión) como sus derechohabientes.

Para aquel personal militar que, por razones laborales o judiciales, el Estado suspenda temporalmente sus aportaciones, puede de manera facultativa abonar el importe equivalente al aporte del Estado de manera mensual, para mantener su condición de beneficiario.



CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA. - COPAGOS

Las prestaciones materia del presente Plan Específico de Salud, están sujetas a copagos a cargo de LOS AFILIADOS, los cuales se indican en las condiciones particulares del presente Contrato.

No están sujetas a copago alguno las atenciones en servicios de emergencia mientras subsistan el estado de grave riesgo para la vida o la salud de los afiliados ni las prestaciones preventivas y promocionales.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA. - REAJUSTE DE COPAGOS

LA IAFAS únicamente podrá reajustar el monto de los copagos pactados por las causales que detalladamente constan en el Plan de Salud contenido en las Condiciones Generales del Plan de Salud Específico.

Para el reajuste de los copagos **LA IAFAS** deberá cursar a **LOS BENEFICIARIOS**, con una anticipación no menor a treinta (30) días útiles previos a la vigencia de los nuevos copagos, una comunicación escrita o virtual.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA. - INFORMACIÓN

Es responsabilidad de **LA ENTIDAD EMPLEADORA** informar a **LA IAFAS** sobre la situación militar del **BENEFICIARIO**. En el caso de la inclusión de **BENEFICIARIOS** al Plan, **LA ENTIDAD EMPLEADORA** informará a **LA IAFAS** con la finalidad de mantener actualizado el registro de afiliados.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA. - VIGENCIA DE LA POLIZA

La vigencia de la póliza del Plan de Salud Específico es de un año fiscal, comenzando a regir a partir del primer día del mes siguiente a su suscripción y quedará automáticamente renovado por igual plazo bajo los mismos términos y condiciones hasta que se produzca la desafiliación.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA. - DOMICILIO

Las partes señalan como domicilio el que se indica en la introducción del presente documento, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones vinculadas a este Plan Específico de Salud, salvo que se hubiera comunicado a la otra parte el cambio de domicilio por escrito y con cargo de recepción.



CLÁUSULA VIGÉSIMA. - PERÍODO DE LATENCIA

Se continuará con el financiamiento de las prestaciones en salud durante un período de tres meses contados a partir de que se deje de captar el aporte de FOSPEMFA. Luego de ello, el **BENEFICIARIO** deberá acercarse a las oficinas de la IAFAS FOSFAP con la finalidad de acreditar la continuidad de su afiliación; caso contrario, se desafiliará del Plan Específico de Salud y de los Planes Complementarios que hubiera contratado.

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA. - SISTEMA DE REFERENCIAS

LA IAFAS se obliga a atender a **LOS AFILIADOS** que requieran sus servicios. Si **LA IPRESS** determina que el tratamiento para el diagnóstico efectuado excede las coberturas otorgadas por el Plan de Salud Específico o su capacidad resolutiva, coordinará la referencia del paciente de acuerdo con su plan de cobertura complementaria.

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.

En caso de prestaciones ambulatorias, **LA IAFAS** sólo financiará las autorizadas por el Departamento de Gestión de Siniestros y con la emisión de la Carta de Garantía correspondiente.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA. - SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Todas las desavenencias o controversias que pudieran surgir entre los **BENEFICIARIOS** y **LA IAFAS**, incluyendo la nulidad o invalidez del Plan Específico, serán resueltas a través de una conciliación o un arbitraje en salud, en el marco del Sistema Nacional de Arbitraje de SUSALUD y de conformidad con los reglamentos de su Centro de Conciliación y Arbitraje a cuyas normas se someten las partes.

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA. - CLAUSULA DE GARANTIA PARA LA CONTINUIDAD DE COBERTURA DE PREEEXISTENCIAS

La IAFAS se obliga a continuar brindando cobertura a las atenciones de salud de los **BENEFICIARIOS**, en términos y condiciones equivalentes por aquellas contingencias diagnosticadas y no resueltas, determinadas y cubiertas en un anterior plan de salud de una IAFAS, de conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 29561, Ley que establece la continuidad de cobertura de preeexistencias.



PLAN ESPECÍFICO DE SALUD 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 (<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/2039386-023-2021-sa>) y todo lo siguiente (Aplica para titulares y derechohabientes):

a.- ATENCIÓN AMBULATORIA

Es toda atención que se realiza en cualquiera de las IPRESS de la Red FAP a nivel nacional y que no requiere hospitalización.

b.- TELEMEDICINA

Es una interface que permite brindar consultas, diagnósticos y prescripción de medicamentos de forma sencilla, simple y rápida.

c.- PROGRAMA AMBULATORIO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

Las enfermedades crónicas, se refieren a todo trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación permanente o recurrente durante un largo tiempo en el modo de vida del paciente. Estas enfermedades tienen las siguientes características: dejan incapacidad residual y están causadas por una alteración patológica no reversible, requieren una actitud especial por parte del paciente para su rehabilitación y pueden requerir un largo período de supervisión, observación o tratamiento médico.

Dado que son enfermedades que una vez diagnosticadas, durante muchos años requieren de control y supervisión médica periódica y tratamiento durante toda la vida.

Las enfermedades crónicas incluidas en el programa son: Hipertensión Arterial, Asma, Diabetes Mellitus (tipo II), Dislipidemia y otras que la normativa MINSA establezca.

d.- ODONTOLOGÍA

Bajo este beneficio los afiliados tendrán opción a atenciones de recuperación y de prevención necesarias para el cuidado de la salud bucal, se contemplan las siguientes coberturas:



- Examen
- Radiografías (periapical, Bite Wing, Oclusal)
- Profilaxis dental y/o destartraje
- Amalgamas
- Resina en piezas delanteras y posteriores.
- Endodoncias anteriores y posteriores.
- Extracciones o exodoncias simples.
- Fluorización y colocación de sellantes.

Los copagos son por pieza tratada y terminada.

No se cubren cirugías dentales, ni prótesis dentales.

e.- **OFTALMOLOGÍA**

Bajo este beneficio LOS AFILIADOS tendrán opción a atenciones ambulatorias, por emergencias y operaciones ambulatorias en la Red IPRESS FAP. También otorga cobertura para un examen de agudeza visual una vez por año en los centros oftalmológicos afiliados al plan de salud contratado. El procedimiento de atención es idéntico al proceso de atención ambulatorio, sea éste al crédito o al reembolso (de acuerdo al plan de salud).

f.- **ATENCIÓN HOSPITALARIA**

De acuerdo a indicación médica, es el internamiento en cualquiera de las IPRESS FAP.

Para que se considere atención hospitalaria, el paciente debe permanecer internado por lo menos 1 día.

Existen dos tipos de atención:

- **Hospitalización programada**

Aquella que ha sido coordinada con el médico tratante para realizarse en hora y fecha determinada, no es por lo tanto una hospitalización de emergencia.

- **Hospitalización no programada (emergencia)**

En los casos de internamientos por emergencia accidental o médica en un proveedor de servicio de salud (IPRESS) en red de IPRESS FAP afiliado al Plan Específico de Salud, la IPRESS prestará la atención requerida. Al tratarse de una emergencia, la misma será



prestada por la IPRESS a la sola presentación del documento de identidad.

g.- PROGRAMA DE MATERNIDAD

El programa de maternidad está diseñado para el cuidado de la salud de la madre gestante y del recién nacido, mediante la atención médica, la educación pre y post natal y programas especialmente diseñados: psicoprofilaxis del parto, maternidad ambulatoria y maternidad hospitalaria. El plan de salud otorga las siguientes coberturas y beneficios en la red de maternidad según lo detallado en el plan de salud contratado:

1) Programa de psicoprofilaxis /cobertura de preparación para el parto

El objetivo de esta cobertura es orientar a la pareja sobre el proceso de maternidad y prepararlos para que puedan afrontar de la mejor manera posible el momento del alumbramiento y los primeros días del recién nacido.

2) Maternidad Ambulatoria

Se cubre:

- Una consulta pre-natal mensual durante los primeros siete meses de gestación (7 consultas).
- Una consulta pre-natal quincenal durante el octavo mes de gestación (2 consultas).
- Una consulta pre-natal semanal durante el noveno mes de gestación (4 consultas).
- Dos consultas post-natales durante el periodo de puerperio (establecido en 42 días posteriores al parto).
- Tres ecografías obstétricas.
- Un curso de psicoprofilaxis.
- La consulta pre-natal cobertura el diagnóstico y tratamiento de los siguientes diagnósticos: infección urinaria, vulvovaginitis, estreñimiento y vómitos.
- En las consultas pre-natales, se cubren los análisis de laboratorio y suplementos nutricionales indicados por su médico tratante.

3) Maternidad Hospitalaria

Los procedimientos y documentos requeridos para un internamiento por maternidad, son los mismos que en el caso de una hospitalización programada. Los beneficios hospitalarios son: aborto / amenaza de aborto hospitalario, complicaciones del embarazo, parto y puerperio



hospitalario, parto natural, parto cesáreo, parto múltiple (natural o cesárea), circuncisión en recién nacidos únicamente mientras la madre se encuentre hospitalizada a causa del parto.

h.- PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Atención preventiva y ambulatoria de planificación familiar de acuerdo al PEAS.

i.- ATENCIÓN ANTE EMERGENCIA ACCIDENTAL Y MÉDICA

Se entiende como emergencia toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud, o que puedan dejar secuelas invalidantes en la persona.

La atención de emergencia no está sujeta a copago alguno mientras subsista el estado de grave riesgo para la vida o la salud de LOS AFILIADOS y/o los otros Beneficiarios. Una vez estabilizada la emergencia, se aplicarán los deducibles y copagos respectivos ya sea que se derive a una atención ambulatoria o una hospitalización.

j.- EMERGENCIA ACCIDENTAL

Es toda lesión corporal que obra de manera súbita, imprevista, de manera casual, violenta y fortuita sobre una persona que de no recibir atención médica inmediata puede comprometer su vida.

k.- EMERGENCIA MÉDICA

Afección o problema de salud que se presenta de forma súbita, a consecuencia de una enfermedad aguda o como complicación de una enfermedad crónica y que de no recibir atención médica inmediata puede comprometer la vida.

l.- EVACUACIÓN TERRESTRE O AÉREA POR EMERGENCIA

Transporte asistido en casos de emergencia (Tipo I y II, de acuerdo a NTS N° 042- MINSA/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.

m.- ATENCIÓN PREVENTIVO PROMOCIONAL

Consta de una serie de exámenes que son determinados por la edad y género de los pacientes, de acuerdo a la normativa MINSA vigente. Estos exámenes solo se podrán realizar en las IPRESS FAP.

Cabe destacar que estos exámenes están dirigidos a personas sanas y tienen como objetivo detectar de manera temprana dolencias y/o enfermedades con el fin de que sean tratadas a tiempo y de esta forma evitar complicaciones mayores.

De generarse alguna atención adicional, esta deberá ser atendida a través de la consulta ambulatoria en las IPRESS FAP.

Este beneficio cubre educación para la salud, evaluación y control de riesgos por edad/sexo e inmunizaciones.

n.- MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Este beneficio otorga cobertura para aquellos casos por accidente o enfermedad, en los que sea necesario rehabilitación y terapia física indicada por el médico tratante.

o.- NUTRICIÓN EN CONSULTORIO

Este beneficio incluye: Consulta Nutricional Inicial, consejería y seguimiento.

p.- ENFERMEDADES CONGÉNITAS

Las enfermedades congénitas son todas aquellas que se producen en la etapa de gestación. A todos los nacidos dentro de la vigencia del plan y cuyo nacimiento haya sido cubierto por la IAFAS FOSFAP, se les otorgará cobertura por enfermedades congénitas.

q.- ENFERMEDADES MENTALES

El presente beneficio proporciona a LOS AFILIADOS y/o los Otros Beneficiarios la cobertura ambulatoria y hospitalaria para atenciones de ENFERMEDADES MENTALES, incluidas en el Plan Específico de Salud.



El presente beneficio aplica bajo condiciones y red de IPRESS FAP.

r.- BENEFICIO DE ATENCIÓN VIH Y SIDA

El presente beneficio proporciona solo a LOS AFILIADOS y/o los Otros Beneficiarios la cobertura de consultas ambulatorias y hospitalarias para atenciones de VIH establecidas en el Plan Específico de Salud y en la red de IPRESS FAP.

s.- PRÓTESIS QUIRÚRGICAS

A través de este beneficio se otorga cobertura a todos aquellos casos en los que, como consecuencia de una enfermedad o accidente cubiertos por el plan.

t.- ENFERMEDADES EPIDÉMICAS

Se cubrirá el beneficio de Enfermedades Epidémicas bajo los topes, condiciones y red de IPRESS FAP adscritas al Plan de Salud Específico, mediante el pago de un deducible y copago según lo señalado en dicho documento, siempre que las enfermedades epidémicas sean declaradas como tales por el Ministerio de Salud.

u.- GARANTIAS EXPLICITAS

El Plan Específico de salud incorpora las garantías aplicables a su Plan de Salud que se encuentran descritas a continuación:

Condición	Etapa	Garantías de oportunidad
Población Sana	Recién nacido sano	<ul style="list-style-type: none">• La aplicación de las vacunas BCG y HVB se realizará dentro de las primeras 12 horas de la vida.• El primer control del recién nacido se programará entre los 7 y 15 días de vida.
	Niño sano	<ul style="list-style-type: none">• A todo menor de 1 año que acuda a un establecimiento de salud se le realizará el control de CRED de acuerdo a su edad y según normativo vigente.• A todo menor de 1 año se le administrará las vacunas de acuerdo al calendario de vacunación según normativa vigente.• La medición de anemia será realizada en toda niña y niño, a los 6 meses, a los 12 meses, a los 18 meses, a los 2 años y a los 3 años, según normativa vigente.• Al niño menor de 5 años, así como a su padre y cuidador principal, se le realiza el tamizaje de salud mental (violencia y maltrato u otro que especifique la normativa vigente), y de encontrarse positivo, debe ser referido a un establecimiento como la capacidad resolutiva para iniciar la atención de Salud Mental correspondiente.



	<p>Joven sano, adulto sano, adulto mayor sano, y gestante (embarazo, parto y puerperio normal): Prevención y detección temprana del cáncer.</p>	<ul style="list-style-type: none">• A toda mujer a quien se le realiza los procedimientos de tamizaje mediante citología cérvico-vaginal o de detección molecular para el VPH; se le debe brindar la entrega de sus resultados en un plazo no mayor de 30 días.
	<p>Recién nacido sano, niño sano y adolescente sano: Prevención y detección temprana del cáncer.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Al recién nacido, niño o adolescente, se le realiza la evolución médica, y ante un diagnóstico de posible cáncer, se le refiere a un establecimiento de salud con la capacidad resolutiva, en un plazo de 72 horas, para la detección temprana del cáncer.
Obstétrica	<p>Gestante (Embarazo, parto y puerperio normal)</p>	<ul style="list-style-type: none">• A toda gestante se le realizará la primera sesión del plan de parto en la primera atención prenatal con o sin pertinencia cultural.• Toda gestante contará a más tardar en el segundo trimestre del embarazo con resultados de análisis de laboratorio.• El primer control de puerperio se realizará a los 7 días posteriores al parto.• A toda gestante se le realiza el tamizaje de salud mental (violencia, adicción, depresión) en la atención prenatal, y de encontrarse positivo, debe ser referido a un establecimiento con la capacidad resolutiva para iniciar la atención de salud mental correspondiente.



Condición	Etapa	Garantías de oportunidad
Obstétrica	Gestante con hemorragia de la segunda mitad del embarazo	<ul style="list-style-type: none">En establecimientos del primer nivel de atención, a la gestante con diagnóstico de hemorragia de la segunda mitad del embarazo, se le deberá canalizar dos vías endovenosas, administrar soluciones de cristaloïdes y referir al establecimiento de salud de mayor capacidad resolutiva en un lapso no mayor de 30 minutos.En establecimientos de segundo y tercer nivel de atención la terminación del embarazo por hemorragia de la segunda mitad del embarazo con alteraciones hemodinámicas, previa activación de la Clave Roja, será por cesárea y el tiempo para la realización de la misma no excederá los 30 minutos.
	Gestante con desproporción fetopélvica	<ul style="list-style-type: none">En la gestante con desproporción fetopélvica y en expulsivo, el tiempo máximo para la realización de la cesárea no excederá los 30 minutos, siempre que se haya comprobado adecuado bienestar fetal.En la gestante con desproporción fetopélvica y en expulsivo, el tiempo máximo para la realización de la cesárea no excederá los 30 minutos, siempre que se haya comprobado adecuado bienestar fetal.
	Gestante con embarazo en mujeres con infección a VIH	<ul style="list-style-type: none">Toda gestante con infección por VIH confirmada recibirá tratamiento inmediatamente según esquema y escenarios.
	Gestante con enfermedad hipertensiva del embarazo	<ul style="list-style-type: none">En caso de preeclampsia severa o eclampsia, el establecimiento de salud según su capacidad resolutiva, iniciará tratamiento con sulfato de magnesio e hipotensores según guía de práctica clínica y se referirá con vía permeable, al establecimiento de salud de mayor capacidad resolutiva que cuente con centro quirúrgico, en un lapso no mayor de 30 minutos.En el establecimiento con capacidad resolutiva a toda gestante con preeclampsia severa y daño en órgano blanco, la realización de la cesárea debe realizarse en un tiempo no mayor de 1 hora; la cual se realizará mediante una incisión mediana infraumbilical, con el fin de descartar la presencia de un hematoma subcapsular hepático o rotura hepática.
	Gestante con hemorragia post parto	<ul style="list-style-type: none">En el primer nivel de atención, según capacidad resolutiva, la puérpera deberá recibir estabilización hemodinámica, iniciar administración de oxitócicos y realizar las medidas terapéuticas según normativa vigente de manejo de las hemorragias; y ser referida con dos vías permeables al establecimiento de salud de mayor capacidad resolutiva, en un lapso no mayor de 30 minutos. En el establecimiento con capacidad resolutiva, diagnosticada la retención de placenta se procede inmediatamente a la extracción manual de la placenta.En establecimiento con capacidad resolutiva en puérpera con atonía uterina que no responde a la compresión uterina bimanual y uso de oxitócicos se le realizará inmediatamente el manejo quirúrgico.



Gestante con amenaza de parto pretérmino/parto pretérmino	<ul style="list-style-type: none">• Ante la presencia de trabajo de parto pre término, se realiza la referencia de la gestante a un establecimiento de salud del segundo o tercer nivel de atención que cuente con UCI neonatal, previo inicio de la maduración pulmonar con corticoides (si la gestación se encuentra entre las 24 y 34 semanas).
Gestante con embarazo ectópico	<ul style="list-style-type: none">• En establecimientos de segundo y tercer nivel de atención, la resolución del embarazo ectópico con alteraciones hemodinámicas, previa activación de la Clave Roja, será a través de un tratamiento quirúrgico y el tiempo para la realización del mismo, no excederá los 30 minutos.
Gestante con óbito fetal	<ul style="list-style-type: none">• Ante la sospecha clínica de óbito fetal, se debe realizar una evaluación ecográfica, y de confirmarse el diagnóstico, se debe hospitalizar a la gestante y evaluar su estado de coagulación de manera inmediata, previo a la evacuación del útero.
Gestante con embarazo prolongado	<ul style="list-style-type: none">• A partir de las 41 semanas de gestación, se debe indicar la hospitalización inmediata de la gestante para evaluar el bienestar fetal y terminar la gestación por la vía más adecuada.



Condición	Etapa	Garantías de oportunidad
Pediátricas y neonato	Recién nacido de bajo peso al nacer/prematurez	<ul style="list-style-type: none">• A todo niño nacido menor de 2,500 g. se programará un control cada 15 días a partir del alta, durante dos meses.
	Persona con infección Respiratoria Aguda (IRA)	<ul style="list-style-type: none">• En niños con IRA complicada, se iniciará inmediatamente el tratamiento una vez efectuado el diagnóstico clínico.
	Persona con enfermedad diarreica	<ul style="list-style-type: none">• A toda niña o niño con deshidratación sin shock se le administrará terapia de rehabilitación oral durante 4 horas.• A toda niña o niño con deshidratación con shock se iniciará inmediatamente terapia de hidratación endovenosa y será referido al establecimiento de mayor complejidad.
	Persona con anemia	<ul style="list-style-type: none">• Toda niña/niño con diagnóstico de anemia tendrá tratamiento con suplemento de hierro y se programará un control mensual durante tres meses.
Población Sana	Recién nacido sano	<ul style="list-style-type: none">• La atención inmediata del recién nacido y el primer control será realizado por el médico especialista en neonatología o médico especialista en pediatría, o médico cirujano, o profesional de enfermería, de acuerdo a la capacidad resolutiva y según lo especificado en la normativa vigente.
	Niña/o sano	<ul style="list-style-type: none">• Los controles de crecimiento y desarrollo serán realizados por profesional de enfermería o el médico cirujano, de acuerdo a la capacidad resolutiva y según lo especificado en la normativa vigente.• El tamizaje de salud mental (violencia y maltrato, u otro que especifica en la normativa vigente) en la atención integral del niño menor de 5 años, así como a su padre o cuidador principal, es realizado por profesional de enfermería, médico-cirujano o psicólogo; de acuerdo a la capacidad de resolutiva y según lo especificado en la normativa vigente.
Obstétrica	Gestante (Embarazo, parto y puerperio normal)	<ul style="list-style-type: none">• La atención prenatal, parto y puerperio será realizada por médico especialista en Ginecología y obstetricia o médico cirujano o Licenciada en obstetricia u Obstetra; de acuerdo a la capacidad resolutiva y según lo especificado en la normativa vigente.• En la atención prenatal, el tamizaje de salud mental (violencia, adicción, depresión), es realizado por el Médico especialista en Ginecología y Obstetricia o Médico-cirujano, Licenciada en obstetricia u Obstetra, o psicólogo; de acuerdo a la capacidad resolutiva y según lo especificado de la normativa vigente.
	Gestante con hemorragia de la segunda mitad del embarazo	<ul style="list-style-type: none">• La intervención quirúrgica será realizada por Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, según lo especificado en la normativa vigente.
	Gestante con desproporción fetopélvica	<ul style="list-style-type: none">• La atención en el establecimiento con capacidad resolutiva será realizada por Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, según lo especificado en la normativa vigente.
	Gestante con embarazo en mujeres con infección a VIH	<ul style="list-style-type: none">• En la gestante con infección por VIH, el parto por cesárea será realizado por Médico especialista en Ginecología y Obstetricia.



	Gestante con enfermedad hipertensiva del embarazo	<ul style="list-style-type: none">• En el establecimiento con capacidad resolutiva la atención se realizará por Médico especialista en Ginecología y Obstetricia o médico cirujano capacitado en emergencias gineco obstétricas; de acuerdo a la capacidad resolutiva y según lo especificado en la normativa vigente.
	Gestante con hemorragia post parto	<ul style="list-style-type: none">• En el establecimiento con capacidad resolutiva la atención será realizada por Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, según lo especificado en la normativa vigente.
Pediátricas	Recién nacido de bajo peso al nacer/prematurez	<ul style="list-style-type: none">• En el establecimiento con capacidad resolutiva, la evaluación del neonato será realizada por un neonatólogo o médico pediatra, según lo especificado en la normativa vigente.
	Persona con infección Respiratoria Aguda (IRA)	<ul style="list-style-type: none">• En niños con IRA complicada el tratamiento será realizado por médico pediatra o médico cirujano debidamente capacitado; de acuerdo a la capacidad resolutiva y según lo especificado en la normativa vigente.



Condición	Etapa	Garantías de oportunidad
	Persona con enfermedad diarreica	<ul style="list-style-type: none">• La atención de la deshidratación sin shock será realizada por médico especialista en pediatra o médico cirujano debidamente capacitado; de acuerdo a la capacidad resolutiva y según lo especificado en la normativa vigente.
	Persona con anemia	<ul style="list-style-type: none">• La atención será realizada por médico o por profesional de salud capacitado; de acuerdo a la capacidad resolutiva y según lo especificado en la normativa vigente.

2.- EXCLUSIONES:

Las prestaciones de salud excluidas (que no cuentan con cobertura de salud) por el Plan de Salud Específico, son las siguientes:

- a.- Todas las prestaciones que sean atendidas sin acreditación previa de la IAFAS en los sistemas informáticos de acreditación correspondientes.
- b.- Todas las prestaciones extra institucionales sin autorización de la IAFAS; a excepción de atenciones en emergencias prioridad I y II que están sujetas a Auditoría prestacional.
- c.- Todo tipo de prestaciones de salud efectuadas en Instituciones que no sean IPRESS registradas por SUSALUD.
- d.- Atenciones, tratamientos o procedimientos realizados por personas que no sean profesionales de salud colegiados. Incluye atenciones por personal de salud no facultados para realizar la prestación.
- e.- Atenciones en UPSS no acreditadas o por especialistas sin registro.
- f.- Tratamientos, terapias, procedimientos, intervenciones, medicamentos, fármacos o material médico, utilizados sin prescripción médica autorizada.
- g.- Todo procedimiento médico o quirúrgico de naturaleza cosmética o terapia que no contribuya a la recuperación o rehabilitación del paciente. Cirugías electivas (no recuperativas ni rehabilitadoras), cirugía plástica, cirugía reconstructiva, cambio de sexo y colocación o retiro de tatuajes ni piercing).
- h.- Estética dental, productos de higiene bucal, ortodoncia, obturaciones con oro, prótesis dentales, férulas, problemas en la articulación temporomandibular, prognatismo, problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular y cráneo mandibular, implantes dentales salvo intervenciones quirúrgicas por accidente debidamente demostradas.
- i.- Enfermedades, lesiones o defectos: congénitos de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, adquiridos al nacer y/o de origen genético (hereditario o no hereditario); manifestadas en cualquier etapa de la vida, a excepción de las condiciones indicadas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- j.- Estudios, pruebas y/o screening genéticos (intra o extrauterinos) y tratamientos genéticos. Pruebas de laboratorio exámenes o estudios



moleculares y/o genéticos y/o estudios de mutaciones u otras, de cualquier tipo, inestabilidad micro satelital genética molecular de sangre.

- k.- Estudios y despistajes genéticos para cualquier tipo de cáncer a excepción de las condiciones indicadas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- l.- Paneles de diagnóstico rápido de patógenos múltiples para infecciones (Filmaray, Verigene, Maldi-Tof). Excepción: estudio de líquido cefalorraquídeo.
- m.- Tratamientos intrauterinos al feto que está por nacer.
- n.- Gastos por aborto provocado o intento de aborto no terapéutico.
- o.- Alimentación y cama de acompañantes. Todo tipo de servicios de confort personal durante la hospitalización como habitación tipo suite, televisores, radios, celulares, teléfonos, batas, etc. Asimismo, todo tipo de gasto por concepto de transporte o alojamiento de acompañantes.
- p.- Medicamentos biológicos tipo gammaglobulina o afines, salvo en las afecciones específicas basada en guías de práctica clínica.
- q.- Inmunoterapia ni lisados bacterianos, medicamentos inmunoestimulantes y terapias biológicas preventivas.
- r.- En caso de trastornos alérgicos, no se cubren procedimientos de desensibilización o pruebas relacionadas (inmunomoduladores, inmunoglobulinas, oligonucleótidos).
- s.- Suministro de nutrición parenteral y nutrición enteral (procedimiento, insumos y fórmula) y/o referidos a consultas nutricionales, excepto las suministradas durante hospitalización en estado consuntivo, post - operado en áreas críticas o casos debidamente sustentados por junta médica.
- t.- Fármacos como vitaminas, suplementos alimenticios, edulcorantes, suplementos nutricionales. Excepto las requeridas para carencias vitamínicas documentadas, control prenatal y post natal (de acuerdo con normas técnicas de MINSA), osteoporosis y vitamina K en hemorragias.
- u.- Leches maternizadas, excepto en casos de niños recién nacidos de madre VIH (+) a partir del nivel I-3 hasta el primer año.
- v.- Productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos, de uso medicinal como cannabis y derivados), estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes, neurotóxicos y neotrópicos, productos naturales, homeopáticos, alternativos o productos no medicinales, así como cualquier otro producto o medicamento no relacionado a la enfermedad objeto de cobertura.
- w.- Tratamiento con toxina botulínica.
- x.- Tratamiento con hormona de crecimiento con fines preventivos y/o estéticos.
- y.- No están cubiertos los servicios, procedimientos o tratamientos (medicamentos, insumos, implantes o material quirúrgico) considerados medicamente no necesarios (no sustentados en Medicina Basada en Evidencia, Nivel de Evidencia IIA)



- z.- Medicamentos y/o tratamientos utilizados con fines placebo o de utilidad no demostrada.
- aa.- Gastos por concepto de compra de sangre, plasma, hemoderivados, tejidos, órganos, así como la calificación de la sangre y los estudios de banco de sangre proveniente de donantes heterólogos o autólogo.
- bb.- Tratamiento quirúrgicos y procedimientos para insuficiencia venosa superficial de extremidades como várices y telangiectasias. Medias para várices. Escleroterapia para várices.
- cc.- Hospitalizaciones para fines de curas de reposo o de sueño, cuidado sanitario, periodos de cuarentena o aislamiento.
- dd.- Diagnósticos, estudios y tratamientos o cirugías para esterilización, fertilización (tanto fertilidad primaria como secundaria), materiales e insumos para la anticoncepción (DIU, implantes, píldoras e inyectables anticonceptivos), a excepción de las condiciones indicadas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- ee.- Procedimientos de Crio preservación o Criogenéticas.
- ff.- Ecografías 3D y 4D. morfológicas y/o genéticas, con excepción de aquellas indicadas durante la gestación, para el diagnóstico de malformaciones congénitas con sospecha debidamente sustentada a través de ecografía convencional, e indicada por junta médica.
- gg.- Todos gasto de salud realizado en el extranjero por concepto de enfermedad o accidente: honorarios médicos, procedimientos auxiliares, hospitalizaciones, medicinas, implementos, etc.
- hh.- Gastos de salud por accidente de Tránsito. Están exceptuados de esta exclusión los gastos excedentes, luego de terminarse la cobertura del SOAT. Se excluye de toda cobertura por parte de la IAFAS al conductor que ocasiona el accidente como consecuencia directa de consumo de alcohol, psicofármacos, consumo de estupefacientes o drogas ilícitas.
- ii.- Todo gasto por concepto de chequeo médico y/o despistaje de enfermedades de una persona sana, excepto los que se realicen de acuerdo con programa preventivo especificado en el plan de salud.
- jj.- Las atenciones o exámenes de capacidad psicofísica por ascenso, asimilación y/o de rutina, así como los gastos relacionados a evaluaciones para obtención de licencias o similares.
- kk.- Suministro de órtesis (como silla de ruedas, corsés, fajas, botas, ortopédicas, rodilleras, tobilleras, coderas, collarines, remodelador craneal, zapatos y plantillas ortopédicas, soportes de zapatos de cualquier tipo, entre otros), ni prótesis externas (oculares, de extremidades, audífonos, implante mamario, prótesis dentales, entre otros), ni prótesis ortopédicas.
- ll.- No se cubren audífonos, implante coclear, cristales, lentes de contacto, gafas y otros métodos correctivos intraoculares. Solo se cobertura Anteojos (incluye montura), bajo modalidad de reintegro en centros de convenio, hasta el monto de 0.035 de la UIT vigente cada 18 meses, sujeto a evaluación por auditoría médica.



- mm.- Compra o alquiler de equipos médicos tales como: glucómetros, bombas de infusión, bomba de acción de tiempo de coagulación activado, bombas de insulina (incluye insumos), termómetros, tensiómetros, respiradores o ventilador mecánico, pulsioxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, Cough Assist, dispositivos CPAP o similares, neuro estimuladores cerebrales, equipos ambulatorios para rehabilitación, entre otros.
- nn.- Productos dermato-cosméticos, bloqueadores solares para fines preventivos y estéticos (foto protectores), humectantes, exfoliantes, antiage, despigmentantes, cremas neutras, jabones, champúes y productos para higiene personal, pañales descartables, biberones y
- oo.- otros materiales de uso doméstico.
- pp.- Medicina complementaria, alternativa y/o tradicional como acupuntura, ozonoterapia, homeopatía, quiropraxia, entre otros. No se cubren tratamientos de rehabilitación en gimnasios.
- qq.- Equipos artificiales o mecánicos, así como artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos.
- rr.- Cuidado por enfermeras, técnicas o auxiliares de enfermería adicionales a las ofrecidas en la IPRESS, durante la hospitalización o en domicilio.
- ss.- Inmunizaciones no incluidas en el esquema de vacunas MINSA vigente. En IPRESS Extrainstitucional únicamente se cubierta inmunizaciones del recién nacido (las inmunizaciones del esquema de vacunación MINSA en calendario nacional son otorgadas por el Ministerio de Salud para toda la población, en todas las IPRESS públicas a nivel nacional).
- tt.- Atenciones presenciales a domicilio de todo tipo, salvo las contempladas en el PEAS.
- uu.- Visco suplementación (ácido hialurónico, derivados y similares) para ninguna condición de salud osteoarticular.
- vv.- Micro resonancia magnética.
- ww.- Gastos por daños relacionados al incumplimiento comprobado de las indicaciones médicas por decisión del propio paciente, así como por la automedicación en perjuicio de su curación y/o rehabilitación.
- xx.- Gastos por complicaciones o consecuencias relacionadas a diagnóstico o tratamientos no cubiertos por el Plan de Salud.
- yy.- Lesiones o enfermedades causadas por prácticas deportivas de alto riesgo; esquí, motocross, motociclismo, carrera de autos, paracaidismo, aviación deportiva, caza submarina y similares; con excepción de aquellas relacionadas estrictamente al servicio.
- zz.- Cualquier prestación de salud no contemplada y/o que estuviera excluida, y que, pese a ello, hubiese sido otorgado por error o excepción, no genera un derecho adquirido y no establece obligación de cobertura futura a cargo de la IAFAS.
- aaa.- No se considera la cobertura de salud para prestaciones o atención de medicinas por enfermedades o patologías oncológicas.

ANEXO 1
DATOS DEL AFILIADO



**FORMATO DE AFILIACIÓN AL
 PLAN ESPECÍFICO DE SALUD**

Nro.

E-Mail: afiliacion.iafas@iafasfap.gob.pe.

I. DATOS DEL CONTRATANTE (TITULAR/TITULAR AFILIADO)						
Apellido Paterno:			Apellido Materno:			
Nombres:				NSA TITULAR FAP		
DNI / CE / PAS						
Nacionalidad:		Sexo:	Fecha Nacimiento:			
Profesión u Ocupación:				Día	Mes	Año
Dirección:						Estado Civil :
Provincia:		Departamento:			Correo electrónico:	
Teléfono de Domicilio:		Teléfono Oficina:				Celular:

II. DATOS DE LOS DEPENDIENTES:					
Cod.	Apellidos y Nombres		Parentesco		Fecha de Nacimiento
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

III. EN CASO DE EMERGENCIA:			
Nombre y Apellidos:			Teléfonos:
Dirección:			Parentesco:

ANEXO 2

PLAN DE BENEFICIOS

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

PARENTESCO	LÍMITE DE COBERTURA ANUAL	DEDUCIBLE POR CONSULTA EN RED FAP		CONSULTAS AMBULATORIAS EN IPRESS PÚBLICAS Y FF.AA.	HOSPITALIZACIÓN Y EXÁMENES AMBULATORIOS EN IPRESS PÚBLICAS Y FF.AA.	DEDUCIBLE POR MEDICAMENTO	
		CONSULTA AMBULATORIA	CONSULTA EMERGENCIA			EN PETITORIO PNUME CON DCI	
						AMBULATORIAS	HOSPITALIZADO
TITULAR	ILIMITADO	S/ 0.00		10%	10%	10%	10%
DERECHOHABIENTES		S/ 10.00	S/ 15.00	20%	15%	30%	20%

(*) DCI: Denominación Común Internacional (Genérico)