CONTRATO DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD
PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO PADRES
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. Aramburú cuadra 2 S/N Distrito de Miraflores, provincia y departamento de Lima, quien se encuentra debidamente representada por su Director Ejecutivo el **COR. FAP ABEL ANTONIO PASTOR ALBARRACÍN**, identificado con DNI. N° 06281839, 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), con arreglo a las disposiciones del TUO de la Ley Nº 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 Nº 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 de prestaciones de servicios de salud de manera complementaria a la cobertura obligatoria al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), conforme a los límites y condiciones señalados en las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**.
Las coberturas de las prestaciones de servicios de salud contempladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO** son de naturaleza voluntaria y se regirán conforme a las cláusulas establecidas en el **CONTRATO** y demás disposiciones legales que les resulten aplicables.

Para efectos de las presentes Cláusulas Generales, entiéndase como **"AFILIADO/ASEGURADO"** al padre/madre del titular militar.

CLÁUSULA TERCERA: CONTENIDO

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

1. **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.

2. **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.

3. **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 AFILIACION**.

4. **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.

5. **RELACIÓN DE LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS:** Documento que contiene la relación detallada de los **AFILIADOS/ASEGURADOS** al presente contrato.

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 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 brinde seguridad.

e. **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.

f. **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.

g. **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.

h. **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.

i. **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.

j. **Derechohabiente:** Son derechohabientes el cónyuge o el concubino a quienes se refiere el Artículo 326 del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo. Su afiliación puede ser a solicitud del titular del seguro de salud o su derechohabiente, padre, madre, tutor o curador.

k. 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.

l. 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 Nº 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.

m. Latencia: Es un derecho especial de cobertura por desempleo que no se aplica en la IAFAS-FOSFAP.

n. Padre afiliado: Padre o madre del titular que haya ingresado a la IAFAS-FOSFAP como afiliado hasta el año 2016.

o. 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. Por ningún motivo puede excluirse de la cobertura del Plan Complementario, aquellas enfermedades o dolencias diagnosticadas durante el Período de Carencia.

p. 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.

q. 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.

r. 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.

s. 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.

t. 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.

u. Registro de Afiliados: Registro administrativo de los afiliados vigentes en cualquiera de los regímenes de aseguramiento en salud, con prescindencia de su carácter contributivo, semicontributivo o subsidiado. Su administración está a cargo de SUSALUD.

v. Registro de modelos de contratos y planes de salud: Es el registro administrativo a cargo de SUSALUD, que sistematiza la información de los modelos de contratos y planes de salud que comercializan las IAFAS y que cuentan con su respectivo código de registro.

w. Relación de aseguramiento en Salud: Es el vínculo legal establecido entre la IAFAS, asegurados y/o entidades empleadoras para el otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción y recuperación de la salud, prestaciones económicas, de conformidad con lo señalado en el marco legal. Esta relación puede ser pactada u obligatoria, la cual genera derechos y deberes.

x. Urgencia: Es toda situación que altera el estado de salud de la persona y que requiere de atención inmediata, no existiendo riesgo inminente de poner en peligro la vida.

CLÁUSULA QUINTA: COBERTURA, GARANTÍA Y CONDICIONES

La **IAFAS** otorga cobertura al **AFILIADO/ASEGURADO** consistente en las prestaciones de recuperación de la salud y las prestaciones preventivas y promocionales que se detallan en las condiciones particulares que forman parte integrante del presente **CONTRATO**.

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

La 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 RECUPERACION DE LA SALUD

La cobertura de salud que la **IAFAS** otorga a favor del **AFILIADO/ASEGURADO** 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** al plan de salud complementario que es materia del presente **CONTRATO**.

CLÁUSULA NOVENA: DEL AFILIADO/ASEGURADO DE LA COBERTURA CONTRATADA

La **IAFAS** otorga la cobertura detallada en las Condiciones Particulares del presente **CONTRATO**, al **AFILIADO/ASEGURADO**, 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: OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA

Salvo pacto en contrario, el **AFILIADO/ASEGURADO**, gozan de la cobertura contratada, a partir del primer día calendario de suscrita la póliza de seguro.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

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

a) Datos Generales del **AFILIADO/ASEGURADO**.
b) **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** del **AFILIADO/ASEGURADO**, de forma individual.
c) Condición de afiliado adquirida hasta el año 2016.
d) El titular no debe presentar deudas en la **IAFAS**.
e) Contar con autorización de descuento de la remuneración o pensión del titular. En caso de no contar con autorización de descuento, el afiliado podrá abonar directamente a la **IAFAS**.
f) Estar debidamente registrado en la Dirección General de Personal (DIGPE) de la FAP.

El **AFILIADO/ASEGURADO** 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/ASEGURADO**, suscriptor de la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**, constituye incumplimiento de las obligaciones del **AFILIADO/ASEGURADO** 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/ASEGURADO.**

En el supuesto del párrafo precedente, en caso la **IAFAS** haya concedido coberturas, servicios o prestaciones a favor del **AFILIADO/ASEGURADO**, 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/ASEGURADO** declara tener conocimiento y responsabilidad de la información brindada sobre su estado de salud.

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 indicados en el

ANEXO 2 del presente **CONTRATO**, 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 o vía correo electrónico u otro medio electrónico al **AFILIADO/ ASEGURADO**, 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 Padres, 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 al **AFILIADO/ASEGURADO**

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: REFERENCIAS

La **IPRESS** que forma parte de la red de atención de salud de la **IAFAS**, se obliga a atender al **AFILIADO/ASEGURADO** que requieran sus servicios.

Si el diagnóstico efectuado determina que el tratamiento excede las coberturas contratadas en el Plan de Aseguramiento en Salud Complementario Padres contenido en las Condiciones Particulares, la **IPRESS** notifica a la **IAFAS** y al **AFILIADO/ASEGURADO** el límite de su cobertura. En caso de que el **AFILIADO/ASEGURADO** desee continuar en la **IPRESS** será bajo su costo.

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

Como contraprestación por el otorgamiento de la cobertura de prestaciones de salud, el **AFILIADO/ASEGURADO** pagará a la **IAFAS** los aportes indicados el **ANEXO 4**, los mismos que incluyen los tributos de ley y gastos correspondientes.

El **AFILIADO/ASEGURADO**, se obliga a abonar a la IAFAS mensualmente, por concepto de los servicios materia del presente **CONTRATO**, los aportes detallados en el **ANEXO 4**, los que efectuará dentro de los treinta (30) primeros días calendarios del mes.

La falta de pago oportuno de los aportes pactados o de cualquier otra suma que el **AFILIADO/ASEGURADO** adeude a la **IAFAS**, origina la suspensión automática de la cobertura otorgada en el **CONTRATO**, a partir del día siguiente del segundo mes de no captación del aporte.
La **IAFAS** comunicará al **AFILIADO/ASEGURADO**, 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 al **AFILIADO/ASEGURADO** 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** que ha incurrido en mora cumple con ponerse al día en los aportes adeudados, recobra el derecho a gozar de los beneficios del **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** 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** no recobra 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/ASEGURADO**, 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 **AFILIADO/ASEGURADO**.

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 al **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 al **AFILIADO/ASEGURADO,** 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 del **AFILIADO/ ASEGURADO** 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 el **AFILIADO/ASEGURADO** están de acuerdo con la modificación, el **AFILIADO/ASEGURADO** debe 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 el **AFILIADO**/**ASEGURADO** no está 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.

La **IAFAS** debe poner a disposición del **AFILIADO/ASEGURADO**, 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** tomen conocimiento de los mismos y estén debidamente informados**.**

La **IAFAS** tiene la obligación de informar al **AFILIADO/ASEGURADO**, a la suscripción de**l 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.gob.pe/ y teléfono: (01)513-5300, Anexo 2611.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: EXÁMENES MÉDICOS Y DECLARACIONES DE SALUD

De requerirse al **AFILIADO/ASEGURADO** una declaración jurada de salud o la realización de un examen médico**,** antes de la suscripción del presente **CONTRATO** o durante su vigencia**,** el **AFILIADO/ASEGURADO** no podrá ser sujeto a rechazo basado en los resultados de tales exámenes o declaraciones.

El futuro **AFILIADO/ASEGURADO** paga 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.

El **AFILIADO/ASEGURADO** adquiere la calidad de tal desde la fecha en que se suscribe el **CONTRATO** y se incorpora 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 **AFILIADO/ASEGURADO** 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:

- El mutuo acuerdo de las partes.
- El fallecimiento del **AFILIADO/ASEGURADO**.
- 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.
- 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.
- 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: APORTE DE REAFILIACIÓN

El **AFILIADO/ASEGURADO** cuyo contrato haya quedado resuelto o terminado, sea cualquiera de las causales indicadas en la CLÁUSULA VIGESIMO PRIMERA, no tendrá derecho ni beneficio para volver acceder al plan contratado.

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA: CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

El **AFILIADO/ASEGURADO** 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:

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA: EFICACIA DEL CONTRATO

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

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

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 PADRES
CONDICIONES PARTICULARES

A través del presente documento se describe a nivel de detalle las condiciones asegurables, prestaciones, servicios, exclusiones y limitaciones a los que, en función al plan optado por el **CONTRATANTE**, los **AFILIADOS/ASEGURADOS** tienen derecho a informarse sobre lo siguiente:

1. ALCANCE Y RELACIÓN DE LAS PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA DE SALUD

1.1. ATENCIÓN AMBULATORIA

La atención ambulatoria es aquella atención que se realiza en la red de atención del programa de salud y que no requiera hospitalización.

1.2. ATENCIÓN POR EMERGENCIA NO ACCIDENTAL

La emergencia no accidental o emergencia médica es aquella que no es consecuencia de un accidente y requiere atención y procedimientos médicos inmediatos. y se encuentran sujetas al pago de deducible y copago, según corresponda. La determinación de la condición de emergencia no accidental o emergencia médica es realizada por el profesional médico encargado de la atención bajo responsabilidad.

1.3. ATENCIÓN POR EMERGENCIA ACCIDENTAL

La emergencia accidental es aquella producida por un accidente, es decir, una acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad y por la cual requiere atención y procedimientos quirúrgicos y/o médicos inmediatos al poner en peligro inminente la vida, la salud, o que puede dejar secuelas invalidantes.

Las atenciones deberán realizarse dentro las 24 horas de producido el evento. Los gastos de emergencias accidentales, serán cubiertos por el programa de salud sin deducible ni copago alguno. La determinación de la condición de emergencia accidental es realizada por el profesional médico encargado de la atención bajo responsabilidad.

En caso de que el evento médico iniciado en emergencia accidental requiera atención ambulatoria y/o hospitalaria, serán cubiertas bajo las condiciones detalladas en el **ANEXO 1** del presente **CONTRATO.**

Adicionalmente, se cubre la continuidad de la emergencia accidental bajo atención ambulatoria hasta un máximo de tres (3) meses. Dicha cobertura aplica para controles

ambulatorios, exámenes de laboratorio de control, exámenes radiológicos de control, terapia física (hasta un máximo de 12 sesiones por evento), retiro de puntos y retiro de yeso.

Importante:

El presente plan otorga las siguientes prestaciones para atención ambulatoria, emergencia no accidental y emergencia accidental:

a. Honorarios médicos por consulta y/o procedimientos ambulatorios.
b. Medicamentos según tratamiento farmacológico de **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA** vigente (Guías de práctica clínica institucionales, GPC MINSA, guías internacionales.), materiales e insumos incluyendo catéteres, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos.
c. Exámenes de laboratorio y anatomía patológica relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el plan.
d. 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.
e. Procedimientos ambulatorios quirúrgicos y no quirúrgicos, incluyendo uso de tópico, sala de operaciones y sala de recuperaciones.

1.4. ATENCIÓN HOSPITALARIA

La atención hospitalaria es el internamiento del **AFILIADO/ASEGURADO** bajo indicación médica debiendo permanecer internado por lo menos un (1) día.

El presente plan otorga las siguientes prestaciones para atención hospitalaria:

a) Honorarios médicos por tratamiento y/o cirugías (médico principal, ayudantía, anestesista).
b) Hotelería: Habitación estándar.
c) Medicamentos, materiales e insumos incluyendo catéteres permanentes, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos.
d) Exámenes de laboratorio y/o 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, ecografía, tomografía computarizada y otros relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el plan.
f) Procedimientos hospitalarios quirúrgicos y no quirúrgicos, incluyendo uso de tópico, sala de operaciones, sala de recuperación, unidad de cuidados intensivos y unidad de cuidados intermedios.

.

1.5. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

La cobertura odontológica brinda atenciones para la prevención, recuperación y cuidado de la salud bucal.

El presente programa otorga las siguientes prestaciones para atención odontológica:

a) Honorarios profesionales por consulta odontológica, examen odontológico (incluye odontograma) y/o procedimientos ambulatorios.
b) Medicamentos, materiales e insumos odontológicos, incluyendo anestésicos.
c) Estudios de imágenes, tales como rayos x (periapical, Bite Wing, Oclusal).
d) Profilaxis dental y/o destartraje.
e) Procedimientos odontológicos ambulatorios, obturaciones que incluye colocación de amalgamas, resinas, extracciones simples, endodoncias, pulpectomías y pulpotomías.

Nota:

- El deducible y copago es por cada pieza tratada y terminada, según **PLAN DE BENEFICIOS** del presente **CONTRATO**.
- No se cubren cirugías dentales.
- No se encuentran cubiertos prótesis/implantes dentales.

1.6. PRÓTESIS INTERNAS QUIRÚRGICAMENTE NECESARIAS

Este beneficio otorga cobertura al **AFILIADO/ASEGURADO** en el que, como consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por el programa de salud, requiera colocación de prótesis internas quirúrgicamente necesarias (se excluyen prótesis dentales), entre otras, de acuerdo a detalle de coberturas según el plan de salud contratado.

Las prótesis cubiertas son las siguientes: cadera, rodilla, marcapasos, stents, válvula aortica, válvula cerebral y válvula ocular.

Nota:

- No está cubierto ningún tipo de prótesis dental, prótesis ortopédicas externas, implantes cocleares, separadores interespinosos para columna vertebral, discos intervertebrales protésicos y otros implantes.
- Aplican las condiciones detalladas en el **PLAN DE BENEFICIOS** del presente **CONTRATO**.

1.7. PRESTACIONES DE SALUD PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

EVALUACION Y CONTROL DE RIESGOS SEGÚN EDAD. EVALUACIÓN MÉDICA PREVENTIVA ANUAL				
PROCEDIMIENTO ANUAL	**MUJERES**		**HOMBRES**	
	40-59	**>59**	**40-59**	**>59**
Consultas médicas (examen clínico completo)	1	1	1	1
Tacto rectal			1	1
Examen ginecológico	SI	SI		
Examen de mamas	SI	SI		
Examen externo del ojo	SI	SI	SI	SI
Descarte de estrabismo	SI	SI	SI	SI
Agudeza visual	SI	SI	SI	SI
Fondo de ojo	SI	SI	SI	SI
Descarte de glaucoma	SI	SI	SI	SI
Atención odontológica básica	2	2	2	2
Profilaxis dental y/o destartraje simple	1	1	1	1
Aplicación de sellantes (piezas dentales) al año				
Fluorización				
Hemoglobina, hematocrito	1	1	1	1
Glucosa	1	1	1	1
Colesterol	1	1	1	1
HDL colesterol	1	1	1	1
Triglicéridos	1	1	1	1
Examen de orina	1	1	1	1
Antígeno prostático (PSA)			>50 años	1
Sangre oculta en heces		1		1
VDRL	CM	CM	CM	CM
HIV (Elisa)	1	1	1	1
Electrocardiograma	CM	CM	CM	CM
Mamografía Bilateral	>40años			
Radiografía de tórax	CM	CM	CM	CM
Papanicolau	SI	SI		
Control de psicología	1	1	1	1
Evaluación de medicina preventiva y manejo para tamizaje de violencia familiar		1		1

* CM = De acuerdo a criterio médico

Todas las prestaciones se brindan en la red FAP

1.8. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS.

a.- Hospitalizaciones para fines de 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.- Cirugía estética, cosmética o reconstructiva.

c.- Cirugía reconstructiva como consecuencia de un accidente o por enfermedad cubierta anteriormente por este seguro u otro seguro extra FAP.

d.- Tratamiento quirúrgico y farmacológico de la obesidad.

e.- Ginecomastia y Gigantomastía.

f.- Queratotomía o queratoplastia (trasplante de córnea).

g.- Prótesis para afaquias y ayudas para baja visión.

h.- Implantes oculares, lente estromal o cualquier otro dispositivo para trastornos de refracción, como lente intraocular. 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 PEAS vigente. Cirugías electivas que no sean ni recuperativas ni rehabilitadoras.

i.- Tratamiento y operaciones de carácter odontológico y/o cirugías bucales que afecten el componente estomatognático; periodontitis, ortodoncia, gingivitis, tratamientos frenillo, prótesis e implantes dentales. Así mismo, cualquier tipo de prótesis, obturadores palatinos o implantes dentales. Pernos, coronas, carillas, y afines, así como las consecuencias y/o complicaciones.

j.- Cirugías odontológicas (excepto las consideradas en la cobertura por plan de salud), cirugía bucal, ni alteraciones de la articulación témporo-mandibular. 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.- Tratamientos, estudios y/o cirugías relacionadas con infertilidad primaria y/o adquirida, así como todo tratamiento con fines de fertilización o inseminación artificial, o esterilidad o implantación de embriones in vitro, disfunción eréctil o cambio de sexo.

l.- Procedimientos de Criopreservación o Criogenéticos.

m.- Tratamientos quirúrgicos y procedimientos para lesiones vasculares superficiales de extremidades (telangiectasias hemangiomas); escleroterapia de várices.

n.- Dispositivos para la columna (incluyendo el acto quirúrgico cuyo único fin sea implantarlo) del tipo separadores interespinosos e invertebrales (Coflex, Coflex-F, Diam, DCI, entre otros). Tampoco se cubren las cirugías híbridas de columna ni los procedimientos mínimamente invasivos ablativos con químicos, láser, o radiofrecuencia: nucleoplastía, discectomía o discolisis, proloterapia, ozonoterapia, biacuplastía, aguja seca.

o.- Trastornos del desarrollo psicomotor y del lenguaje de etiología adquirida a excepción de los causados por traumatismos o accidentes cerebrovasculares, en los que la terapia de rehabilitación se extenderá hasta un periodo máximo de 185 días calendario.

p.- Viscosuplementación (ácido hialurónico, derivados y similares) para ninguna condición de salud osteoarticular. Microresonancia magnética.

q.- 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.

r.- 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.- 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).

t.- Gastos relacionados a evaluaciones para la obtención de licencias, empleos u otros.

u.- Accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales. Esta exclusión aplica sólo a familiares y padres.

v.- Tratamiento podiátrico o quiropráctico.

w.- Tratamiento, procedimientos y operaciones derivadas de pie plano, varo, valgo, equino-varo y callos.

x.- Ecografías 3D y 4D, con excepción de aquellas indicadas durante la gestación, para el diagnóstico de malformaciones congénitas con sospecha debidamente sustentada a través de ecografía convencional.

y.- Tratamientos de disfunción sexual.

z.- 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, así mismo, cuidados y tratamientos de rehabilitación en gimnasios y afines. De la misma forma queda excluido cualquier tipo de tratamiento de naturaleza experimental o empírico.

aa.- 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.

bb.- Adquisición de medicamentos fuera del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) y del Petitorio Farmacológico FAP vigentes, sin la autorización previa de la IAFAS de la Fuerza Área del Perú.

cc.- La IAFAS de la Fuerza Aérea del Perú, no reconoce gastos derivados de complicaciones a consecuencia de tratamientos, intervenciones quirúrgicas u operaciones que estén mencionadas en las exclusiones.

dd.- Los reembolsos por inexistencia de fármacos en sanidades y Hospitales FAP.

ee.- Terapia intradomiciliaria.

ff.- 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 como preventivos o como supuestos tratamientos causales y curativos. Inmunoestimulantes, Inmunoterapia.
3) Medicamentos no comercializados a nivel nacional.
4) Productos naturales, medicina oriental, medicina homeopática, medicina no tradicional y/o popular.
5) Tratamiento con cannabis medicinal y sus derivados, así como la amapola.
6) Anticoagulantes, heparinoides, procoagulantes y eritropoyetina, con fines preventivos o profilácticos.

gg.- Nimodipino. Excepto en casos de hemorragia subaracnoidea.

hh.- Vacunas distintas a las consideradas en el Esquema Nacional de Vacunación MINSA.

ii.- En caso de trastornos alérgicos, no se cubren procedimientos de desensibilización o pruebas relacionadas (inmunomoduladores, inmunoglobulinas, oligonucleótidos).

jj.- Sueros autólogos.

kk.- Suministro de nutrición parenteral y nutrición enteral (procedimiento, insumos y fórmula) y/o referidos a consultas nutricionales, excepto que el afiliado se encuentre hospitalizado.

ll.- Pruebas de laboratorio exámenes o estudios moleculares y/o genéticos y/o estudios de mutaciones u otras, de cualquier tipo (excepto las consideradas en el capítulo de

cobertura por plan de salud), inestabilidad microsatelital en sangre, pruebas moleculares para GIST, así como biopsias líquidas y/o perfiles moleculares. Pruebas moleculares y/o genéticas pronósticas.

mm.- Test de tolerancia a la insulina.

nn.- Fármacos como vitaminas, suplementos alimenticios, suplementos nutricionales. Excepto las requeridas para carencias vitamínicas documentadas, control prenatal y postnatal, osteoporosis y vitamina K en hemorragias.

oo.- 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.

pp.- Tratamiento con botox (toxina botulínica). Excepto en casos de: Distonía cervical, espasmo miofacial, estrabismo, blefaroespasmo y espasticidad por parálisis cerebral. Sujeto a evaluación por auditoría médica.

qq.- Score de Calcio para enfermedades cardiovasculares y angiotomografía coronaria para decisión de terapia hipolipemiante.

rr.- Dispositivos de cierre vascular mediante sutura o grapa post punción arterial percutánea (Perclose Proglide, Prostar, Star Close, entre otros).

ss.- Paneles de diagnóstico rápido de patógenos múltiples para infecciones (Filmarray, Verigene, Maldi-Tof). Excepción: estudio de líquido cefalorraquídeo.

tt.- Gastos por concepto de compra de sangre, plasma, hemoderivados, tejidos, órganos y gastos por transfusiones de los mismos. No se cubre plasma rico en plaquetas ni tratamientos que impliquen el uso de células madre.

uu.- Reembolsos y/o reintegros por atenciones médico-quirúrgicas efectuadas en IPRESS Extra FAP, sin previa autorización de la IAFAS de la Fuerza Aérea del Perú, excepto en los lugares donde no existen IPRESS FAP.

vv.- Embarazo, proceso de gestación, parto, abortos y/o complicaciones en familiares afiliados a la IAFAS diferentes a la cónyuge. Excepto hijas menores de 18 años.

ww.- Trasplante de órganos y gastos relacionados al Trasplante de órganos, adquisición o indemnización por ellos, incluyendo el tratamiento inmunosupresor Post-Trasplante. Trasplante de médula ósea.

xx.- Cuidado de enfermeras particulares.

yy.- Traslado en ambulancia de pacientes en casos no considerados emergencia Tipo 1 y 2.

zz.- Tratamientos experimentales y los gastos ocasionados para su implementación.

aaa.-Aparatos auditivos, audífonos, prótesis o implantes para sordera.

bbb.-Gastos por el tratamiento del síndrome témporo mandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión de la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa coyuntura, aun cuando sean estos como consecuencia de un accidente.

ccc.- Alopecia androgénica y otras pérdidas de cabello.

ddd.-Aparatos ortopédicos, prótesis quirúrgicas y no quirúrgicas de miembros superiores e inferiores completos. Suministro de muletas, sillas de ruedas.

eee.-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.

fff.- Productos de higiene y uso personal, productos cosméticos, productos dermatocosméticos y bloqueadores solares (foto protectores) para fines preventivos y/o estéticos salvo justificación del médico especialista dermatólogo y aprobación del comité farmacológico, así como los pañales que sólo se cubrirán durante la hospitalización.

ggg.-Compra o alquiler de equipos médicos, tales como: glucómetro, termómetro, tensiómetro, respirador o ventilador mecánico, pulsioxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP, equipos ambulatorios para rehabilitación en el domicilio del paciente, así como equipos mecánicos y electrónicos.

hhh.-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 para estos casos.

iii.- Intervenciones Quirúrgicas especializadas y adquisición de material ortopédico coberturado por la Ley 29643 “Ley que otorga protección al personal con discapacidad de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú”.

jjj.- Cualquier prestación de salud no contemplada en la presente póliza 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.**

ANEXO 1

PLAN DE BENEFICIOS

PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO PADRES: DEDUCIBLES Y COPAGOS

Se asigna una capa de cobertura extraordinaria de hasta S/80, 000.00 al año por cada familiar afiliado, para aquellos procedimientos que no se encuentren contemplados en el Plan Específico de Salud, el cual es equivalente al PEAS; cabe precisar que esta cobertura extraordinaria estará sujeta a las exclusiones definidas en el Manual FAP 160-3.

PARENTESCO	LÍMITE DE COBERTURA ANUAL	COASEGURO POR SERVICIOS				COASEGURO POR MEDICAMENTOS			
		CONSULTAS AMBULATORIAS EN IPRESS PÚBLICAS	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 (*)
PADRE	HASTA S/. 80,000.00	20%	10%	20%	10%	20%	10%	30%	30%
MADRE		20%	10%	20%	10%	20%	10%	30%	30%

(*) Sujeto a evaluación por auditoría médica

<table>
<tr><td colspan="2">Atención Ambulatoria</td></tr>
<tr><td colspan="2">Atenciones ambulatorias relativas a prestaciones PEAS y/o cobertura complementaria (*)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">RED IPRESS FAP Lima y Provincia</td><td>Atención Presencial</td></tr>
<tr><td>Telemedicina (Videollamadas)</td></tr>
<tr><td>Hospital Central de la FAP</td></tr>
<tr><td>RED IPRESS EXTRA FAP Lima y Provincia</td><td>Clínicas Afiliadas Extra FAP (IPRESS Publicas o FFAA y Privadas).</td></tr>
<tr><td>Reembolso</td><td>Reembolso por atenciones de emergencia en ciudades don no existen centros médicos FAP, clínicas afiliadas.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Atención Odontológica: Sólo en IPRESS de Red FAP, en aquellas localidades que no cuenten con IPRESS FAP podrán ser atendidos bajo modalidad de reembolso (sujeto a evaluación de auditoría médica). El beneficio odontológico incluye los siguientes procedimientos odontológicos: examen, radiografías (periapical, Bite Wing, Oclusal), profilaxis dental y/o destartraje anual, amalgamas, resina, extracciones simples, endodoncias, pulpectomías, pulpotomías, sellantes, gingivectomías, colgajo periodontal (sujeto a evaluación por auditoría médica), fluorización anual para niños hasta 12 años.</td></tr>
<tr><td>RED IPRESS FAP Lima y Provincia</td><td>IPRESS FAP</td></tr>
<tr><td>Reembolso</td><td>Reembolso por atenciones de emergencia en ciudades don no existen centros médicos FAP, clínicas afiliadas.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Nota: Los copagos son por cada pieza tratada y terminada. De acuerdo a la tarifa FOSFAP.</td></tr>
<tr><td colspan="2">No se cubren cirugías odontológicas ni las prótesis dentales</td></tr>
<tr><td colspan="2">Atención Oftalmológica: Atenciones ambulatorias relativas a prestaciones PEAS y/o de cobertura complementaria.</td></tr>
<tr><td>RED IPRESS FAP Lima y Provincia</td><td>IPRESS FAP</td></tr>
<tr><td>RED IPRESS EXTRA FAP Lima y Provincia</td><td>Clínicas Afiliadas Extra FAP (IPRESS Publicas o FFAA y Privadas).</td></tr>
<tr><td>Reembolso</td><td>Reembolso por atenciones de emergencia en ciudades don no existen centros médicos FAP, clínicas afiliadas.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Atención Hospitalaria: Atenciones hospitalarias relativas a prestaciones PEAS y/o de cobertura complementaria.</td></tr>
<tr><td>RED IPRESS FAP Lima y Provincia</td><td>IPRESS FAP</td></tr>
<tr><td>RED IPRESS EXTRA FAP Lima y Provincia</td><td>Clínicas Afiliadas Extra FAP (IPRESS Publicas o FFAA y Privadas).</td></tr>
<tr><td>Reembolso</td><td>Reembolso por atenciones de emergencia en ciudades don no existen centros médicos FAP, clínicas afiliadas.</td></tr>
</table>

ANEXO 2

RED DE ATENCIÓN

IPRESS EXTRA FAP AFILIADAS A IAFAS FOSFAP LIMA

1	SUIZA LAB SEDE MIRAFLORES
2	SUIZA LAB SEDE SANTIAGO DE SURCO
3	CIMEDIC
4	CLINICA VISTA FUND. PARA EL GLAUCOMA
5	MACULA
6	UNILABS
7	DAFI SALUD
8	CLINICA DELGADO
9	NORVISION
10	NEOMEDICA
11	PET CT PERU
12	EMETAC
13	CYTOMETRIC BIOSERVICE
14	ONCOLOGÍA SAC
15	CLÍNICA ONCOLÓGICA CREO
16	PATOLOGOS ESPECIALIZADOS S.A.C.
17	SYNLAB
18	SORMEDIC
19	RESOCENTRO
20	RESONANCIA SALAVERRY
21	BIOLINK`S
22	INSN SB (CIRUGIA PEDIATRICA)
23	INEN
24	MONTE LUZ
25	LITOTRICIA
26	SANTA MARTHA DEL SUR
27	JESUS DEL NORTE
28	HOGAR CLINICA SAN JUAN DE DIOS
29	GENETICA
30	FUTURO VISION
31	SAN PABLO SURCO
32	CLINICA SAN FELIPE
33	CLINICA AUNA SEDE BELLAVISTA
34	CLINICA AUNA SEDE GUARDIA CIVIL
35	MAISON DE SANTÉ SEDE CHORRILLOS
36	MAISON DE SANTÉ SEDE SURCO
37	MAISON DE SANTÉ SEDE CERCADO DE LIMA
38	HOSPITAL CENTRAL FAP

TOTAL IPRESS QUE BRINDAN ATENCIONES A AFILIADOS IAFAS FOSFAP	
LIMA Y CALLAO	
PÚBLICAS	03
PRIVADAS	35
TOTAL	**38**
PROVINCIA	
PÚBLICAS	10
PRIVADAS	41
TOTAL	**51**

IPRESS EXTRA FAP AFILIADAS A IAFAS FOSFAP PROVINCIA

TUMBES:
01 Hospital Regional JAMO-II

TALARA:
01 Servicios Médicos Santa Beatriz
02 Clínica Tresa

PIURA:
01 Hospital Privado del Perú
02 Centro de Diagnóstico Chunga
03 Grupo Carita Feliz
04 Clínica Miraflores
05 Centro Oftalmológico Luis Socola
06 Clínica San Juan de Dios
07 Resocentro

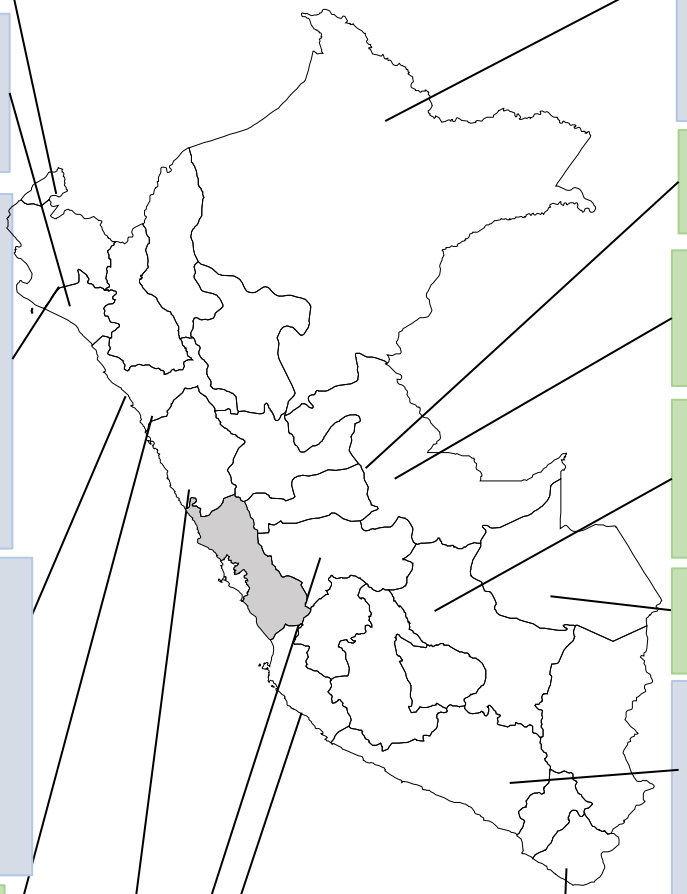
CHICLAYO:
01 Hospital Regional Lambayeque
02 Laboratorio VIVILAB
03 DPI Rosas Imágenes
04 Clínica BM Mendoza
05 Clínica Unión
06 Hospital Metropolitano
07 Clínica AUNA

TRUJILLO:
01 Clínica Camino Real - AUNA
02 Clínica La Merced – Grupo San Pablo

HUARAZ:
01 Clínica San Pablo

SAN RAMÓN: (01) Red de Salud Chanchamayo

PISCO:
01 Hospital San Juan de Dios de Pisco
02 Hospital Regional de Ica



IQUITOS:
01 Hospital Regional de Loreto
02 Clínica Adventista Ana Stahl
03 Centro medico CARDIORED
04 Clínica Selva Amazónica
05 Clinica Serv. Médicos San Juan
06 WISAR salud

JUANJUI.
01 DIRESA Huallaga Central

TARAPOTO:
01 Hospital II.2 Tarapoto
02 Clínica Trinidad

ALAR 4- Pucallpa:
01 Hospital Amazónico Yarinacocha
02 Clinica Juan Pablo II

PUERTO MALDONADO:
01 Hospital Santa Rosa

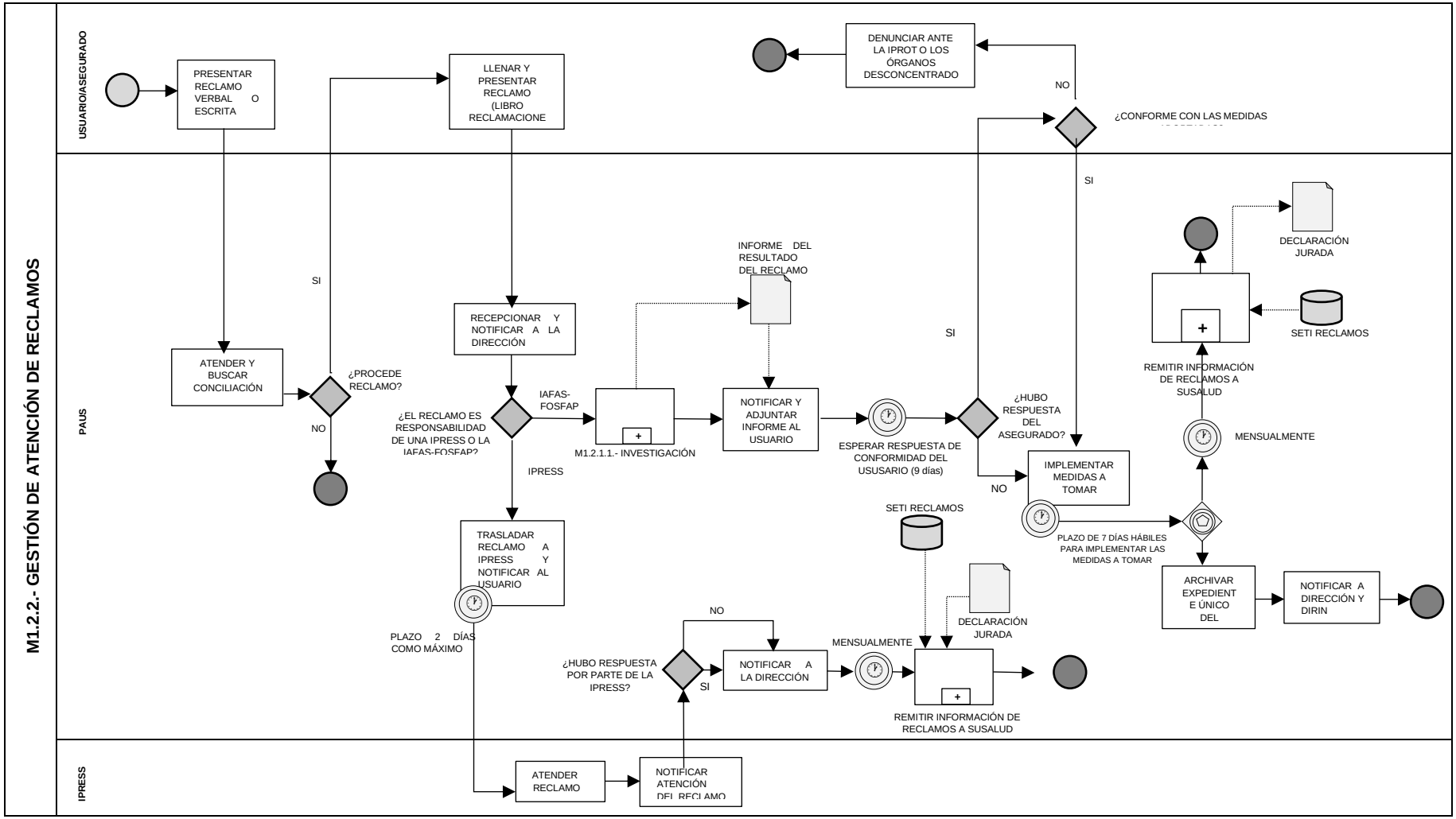
AREQUIPA:
01 CETEFI
02 Liga Peruana Lucha Contra el Cáncer
03 Biophat Patólogos Especialistas
04 Daniel Alcides Carrión
05 Laboratorio Muñoz
06 Sedimed
07 CITEM
08 Clínica Cerro Colorado – San Pablo
09 Clínica Vallesur - AUNA
10 Remasur
11 Espiritu Santo
12 Hogar Clínica San Juan de Dios

TACNA:
01 Clínica La Luz 02 Remasur

ANEXO 3

FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

La tramitación del reclamo es gratuita. Le asiste el derecho de acudir a **SUSALUD** a presentar su queja. Igualmente puede acudir en cualquier momento al Centro de Conciliación y Arbitraje de **SUSALUD**



ANEXO 4

APORTES DE PLANES COMPLEMENTARIO DE SALUD PADRES

PADRES	APORTE DE SALUD
PADRE	113.00
MADRE	113.00