



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 el **COR. FAP ALFREDO ENRIQUE URTEAGA LINARES**, identificado con DNI N° 43374232, 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) 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, conforme a los límites y condiciones señalados en el presente Plan Específico de Salud.

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:

1. 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.
2. 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

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.

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.

Afección Crónica: Enfermedad habitual, permanente o recidivante, o aquella que permanezca por más de seis (6) meses consecutivos.

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.

Afiliación individual: la que realiza el afiliado o asegurado a título personal, en virtud de un contrato suscrito con una IAFAS.

Afiliación colectiva: La que se realiza a través de la **ENTIDAD EMPLEADORA** en virtud del cual el personal militar FAP inscribe a sus derechohabientes.

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.



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.

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.

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.

Dependiente: Son los derechohabientes legales del asegurado principal de acuerdo con la definición contenida en la Ley 26790. Se incluye adicionalmente a las personas del régimen contributivo que sin ser derechohabientes legales del asegurado principal dependan económicamente de éste, previo consentimiento de la IAFAS que otorga la cobertura, de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 82° del DS 008-2010-SA. Los dependientes pueden ser asegurados indistintamente bajo una misma póliza, sin que ello signifique una modificación de su condición de afiliados regulares o independientes, según les corresponda.

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.

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.

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.

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.

Exclusiones: Son aquellas prestaciones o gastos no cubiertos, detallados en el plan o programa de salud.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

Plan Específico: Es el plan de salud otorgado por la IAFAS de la Fuerza Aérea del Perú según el TUO de la ley 29344 “Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud”, cuyos beneficios son iguales al PEAS.

Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS): De acuerdo con el artículo 13° 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.

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.

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.

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.



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.

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** como mínimo, 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.

En el siguiente link se detallan las prestaciones:

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/2039386-023-2021-sa>

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 que no se encuentre considerada en el listado de prestaciones asegurables del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) vigente.
3. Fármacos que no se encuentren considerados en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos (PNUME) vigente.

Las exclusiones y limitaciones deberán constar en el Plan de Salud.

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 accidente 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 de la 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 el personal militar FAP se encuentre afiliado 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.

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 la prestación de maternidad coberturada al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, 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 conforme a las reglas establecidas en el marco normativo vigente y el Manual FAP 160 -3.



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. - PERIODO DE LATENCIA

En caso que se presenten cualquiera de las condiciones a través de las cuales se deje de captar el aporte del ESTADO (FOSPEMFA), 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 resolutive, coordinará la referencia del paciente a la "IPRESS" que corresponda de acuerdo con su plan de cobertura complementaria. La responsabilidad de **LA IAFAS** solo culminará cuando el paciente sea admitido por la "IPRESS" de referencia.

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 el centro médico u hospital requerido, procediendo **LA IAFAS** luego recuperar el costo de la atención de la "IPRESS" 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 PREEXISTENCIAS

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 preexistencias.

PLAN ESPECÍFICO DE SALUD CONDICIONES PARTICULARES

DISPOSICIONES COMUNES

Los **BENEFICIARIOS** podrán atenderse bajo las condiciones y red de IPRESS FAP adscritas a su Plan de Salud, mediante el pago de un deducible y copago según lo señalado en el Anexo 2 del Plan Específico de Salud. Cabe precisar que, **LA IAFAS** brinda a **LOS AFILIADOS**, la cobertura obligatoria por las contingencias correspondientes al PEAS aprobado en el Decreto Supremo N° 023-2021-SA.

ATENCIÓN AMBULATORIA

Es toda atención que se realiza en cualquiera de los proveedores de servicios de salud afiliados al plan de salud contratado y que no requiere hospitalización.

LOS AFILIADOS y/o los Otros Beneficiarios podrán atenderse mediante el pago de un deducible y coaseguro según la red de IPRESS señalada en dicho plan.

TELEMEDICINA

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

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.

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.

OFTALMOLOGÍA

Bajo este beneficio LOS AFILIADOS tendrán opción a atenciones ambulatorias, por emergencias y operaciones ambulatorias en la red afiliadas al plan de salud. 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).

ATENCIÓN HOSPITALARIA

De acuerdo a indicación médica, es el internamiento en cualquiera de los proveedores de servicios de salud (IPRESS) afiliados al plan de salud contratado.

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.

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:

A) 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.

B) 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 convencionales (no se cubren ecografías 3D ni 4D).
- Un curso de psicoprofilaxis si el plan de salud otorga este beneficio.
- 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 y que se especifican en su plan de salud.

C) 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.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Atención preventiva y ambulatoria de planificación familiar de acuerdo al detalle PEAS y lo indicado en su Plan de Salud.

ATENCION 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.

EMERGENCIA ACCIDENTAL

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

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.



EVACUACIÓN TERRESTRE O AÉREA POR EMERGENCIA

Cubre los gastos de traslado, vía terrestre (ambulancia) o aérea (vuelo comercial a nivel nacional), de LOS AFILIADOS y/o los Otros Beneficiarios de un centro hospitalario a otro siempre y cuando el proveedor de salud donde se encuentra el paciente hospitalizado, no cuente con la capacidad resolutive necesaria para su atención. El traslado se realizará vía terrestre en ambulancia y/o en avión comercial al establecimiento de salud con capacidad resolutive más cercano.

Cabe destacar que no se cubren traslados que no sean motivados por una atención de emergencia accidental y/o médica.

Dentro de la cobertura de evacuación se cubren los servicios médicos (médico o enfermera como máximo) y de apoyo requeridos para el traslado. En caso el paciente sea menor de edad, podrá incluir a un acompañante mayor de edad como máximo.

ATENCIÓN PREVENTIVO PROMOCIONAL

Anualmente LOS AFILIADOS y/u Otros beneficiarios, tienen derecho a realizarse un examen médico preventivo anual de manera gratuita, es decir con cobertura al 100%.

Consta de una serie de exámenes que son determinados por la edad y género de los pacientes (detalle en el Plan de Salud). Estos exámenes solo se podrán realizar en las IPRESS incluidas en la red preventiva señalada en su plan de salud.

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 como resultado del chequeo médico (interconsulta con especialidad, farmacia, o exámenes auxiliares), esta deberá ser atendida a través de la consulta ambulatoria en las IPRESS de la red contratada y de acuerdo con su plan de salud.

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

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, siempre y cuando este beneficio se encuentre estipulado en su plan de salud.

NUTRICIÓN EN CONSULTORIO

Beneficio otorgado a LOS AFILIADOS y/o los Otros Beneficiarios solo vía crédito. Este beneficio incluye: Consulta Nutricional Inicial, consejería y seguimiento.

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, siempre y cuando este beneficio se encuentre estipulado en su Plan Específico de Salud.

ENFERMEDADES MENTALES

El presente beneficio proporciona a LOS AFILIADOS y/o los Otros Beneficiarios la cobertura ambulatoria y hospitalaria para atenciones de ENFERMEDADES MENTALES, relativa al Plan Específico de Salud. Se cubrirán solo las condiciones indicadas en el Plan Específico de Salud de acuerdo al detalle de las prestaciones a financiar.

El presente beneficio aplica bajo condiciones y red de IPRESS FAP adscritas al Plan Específico de Salud.

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.

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, requieran la colocación de prótesis internas.

ENFERMEDADES EPIDÉMICAS

LOS AFILIADOS y/o Los Otros Beneficiarios, podrán, bajo indicación médica, solicitar el beneficio de Enfermedades Epidémicas, mediante la cobertura de gastos ambulatorios y hospitalarios en Lima y Provincias.

Se cubrirá el beneficio de Enfermedades Epidémicas en los casos que el Plan de Salud lo indique, 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.

ANEXO 1 DATOS DEL AFILIADO



FORMATO DE AFILIACIÓN Nro.

Cell: 953 744 396 E-Mail: afiliacion.iafas@iafasfap.gob.pe

	Plan Específico de Salud (PEAS)
	Plan Complementario de Salud Familiar
	Plan Complementario de Salud Oncológico Familiar
	Plan Complementario de Salud Padres
	Plan Complementario de Salud Oncológico Padres

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

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

III. DECLARACION JURADA DE SALUD																				
1	Usted o sus dependientes por afiliar han padecido o padecen alguna alteración o enfermedad, dolencias o afecciones ya sean adquiridas o desde nacimiento descritas a continuación:								Titular		Depen- diente 1		Depen- diente 2		Depen- diente 3		Depen- diente 4		Depen- diente 5	
									SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
	1.1 Trastornos Neurológicos (Epilepsia, convulsiones, parálisis, etc.)																			
	Otros:																			
	1.2 Enfermedades de los ojos, oídos, nariz o garganta, alergias, pulmones, tiroides																			
	Otros:																			
	1.3 Enfermedades del corazón (infarto, hipertensión arterial, arritmia, etc.)																			
	Otros:																			
	1.4 Enfermedades del hígado (hígado graso, hepatitis, cirrosis, etc.) estómago, colon, vesícula biliar, diabetes																			
	Otros:																			
1.5 Enfermedades del riñón, próstata, vejiga, órganos reproductivos, (artritis, gota, etc.), enfermedades de la sangre (anemia, SIDA, etc.)																				
Otros:																				
2	¿Ha sido alguna vez, diagnosticado, medicado o tratado por uso de alcohol o drogas?																			
3	¿Alguna vez ha tenido o tiene algún tipo de tumoración, sea benigna o maligna (cáncer)?																			
4	¿Alguna vez ha tenido algún procedimiento o intervención quirúrgica, ya sea en consultorio o sala de operaciones por algún accidente o enfermedad?																			
Especifique:																				
Para mujeres solamente:																				
5	¿Se encuentra en estado de gestación?																			
	¿Ha detectado anomalía en sus glándulas mamarias?																			
	¿Ha requerido o requiere algún tratamiento u operación propia de su sexo?																			
6	Le han aconsejado o han recibido consulta médica, cuidado, tratamiento o ha tomado medicina para: ¿Alguna otra enfermedad o dolencia no considerada en las preguntas anteriores?																			
	¿Cuál?																			
7	Si usted o sus dependientes, marcaron SI en alguna de las preguntas anteriores (del N° 1 al 6); especifique colocando lo que corresponda a cada afiliado.																			
	Motivo	Hospital / Clínica	Fecha	Situación Actual	Titular	Depen- diente 1	Depen- diente 2	Depen- diente 3	Depen- diente 4	Depen- diente 5										

8	Consumo de tabaco:				Cigarrillos al día:	Años de consumo
	Titular	SI	NO			
	Dependiente 1	SI	NO			
	Dependiente 2	SI	NO			
	Dependiente 3	SI	NO			
	Dependiente 4	SI	NO			
9	¿Han estado asegurados en alguna EPS? Especifique:					
10	Historia Familiar:					
	- Diabetes			- Enfermedad Cardiovascular		
	- Asma			- Cáncer		
	- Hipertensión					
Respecto a la declaración jurada de salud del TITULAR AFILIADO, el beneficiario, el familiar y/o representante legal del TITULAR AFILIADO:						
1	Con la suscripción del presente documento, el TITULAR AFILIADO, el beneficiario, el familiar y/o representante legal del TITULAR AFILIADO declara que la información aquí proporcionada, así como la Declaración de Salud que es parte del presente documento es completa, cierta, veraz y que cualquier omisión reticencia, disminución o falsedad, anulada de hecho el contrato y en consecuencia toda obligación del programa contratado.					
2	Con la suscripción del presente documento, el TITULAR AFILIADO, el beneficiario, el familiar y/o representante legal del TITULAR AFILIADO declara que sólo la Oficina de Afiliación de la IAFAS FOSFAP tiene facultad de resolver sobre la aceptación de esta solicitud en relación a la identificación y determinación de pre-existencias.					
3	Con la suscripción del presente documento, el TITULAR AFILIADO, el beneficiario, el familiar y/o representante legal del TITULAR AFILIADO declara conocer que el Plan de Salud contratado reconoce parcialmente enfermedades preexistentes o congénitas, por lo que autorizo a la IAFAS FOSFAP y por ende me facturen y cobren por cualquier servicio que me brinden por una enfermedad o dolencia congénita o que resulte preexistente al inicio del contrato de servicio de salud, según lo establecido en las condiciones generales, reconociendo la obligación generada por la prestación recibida.					

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

V. DECLARACION Y CONSENTIMIENTO DEL TITULAR AFILIADO, EL BENEFICIARIO, EL FAMILIAR Y/O SU REPRESENTANTE LEGAL							
1	Según corresponda, con la suscripción del presente documento, el TITULAR AFILIADO, el beneficiario, el familiar y/o representante legal del TITULAR AFILIADO declara haber sido informado de las características, costos, beneficios, exclusiones, derechos y obligaciones del Plan Complementario de Salud Familiar y/o Plan Complementario de Salud Oncológico Familiar y/o Plan Complementario de Salud Padres y/o Plan Complementario de Salud Oncológico Padres(según corresponda), así como el deber de aportar facultativamente de acuerdo con nuestra normativa vigente. El TITULAR AFILIADO, el beneficiario, el familiar y/o representante legal del TITULAR AFILIADO declara y acepta ser informado por correo electrónico, a través de nuestra página web: https://iafasfap.gob.pe y/o por cualquier otro medio electrónico.						
PLAN ESPECÍFICO DE SALUD (PEAS)	PARENTESCO	LÍMITE DE COBERTURA ANUAL	CONSULTAS AMBULATORIAS EN IPRESS PÚBLICAS	HOSPITALIZACIÓN Y EXÁMENES AMBULATORIOS EN IPRESS PÚBLICAS Y FF.AA.	COASEGURO POR MEDICAMENTOS		
	TITULAR	ILIMITADO	10%	10%	MEDICAMENTOS EN PETITORIO PNUME CON DCI - AMBULATORIAS	MEDICAMENTOS EN PETITORIO PNUME CON DCI - HOSPITALIZADO	
	CÓNYUGE		20%	15%	30%	20%	
	HIJOS						
Condiciones sujetas a cambios y/o modificaciones que se notificarán por correo electrónico, a través de nuestra página web: https://iafasfap.gob.pe y/o por cualquier otro medio electrónico.							
PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD FAMILIAR	PARENTESCO	LÍMITE DE COBERTURA ANUAL	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	
	TITULAR	ILIMITADO	0%	0%	20%	10%	
	CÓNYUGE	HASTA S/. 80,000.00	20%	10%	20%	10%	
	HIJOS						
	PARENTESCO	LÍMITE DE COBERTURA ANUAL	MEDICAMENTOS EN PETITORIO FAP/PNUME CON DCI - AMBULATORIO	MEDICAMENTOS EN PETITORIO FAP/PNUME CON DCI - HOSPITALIZADO	MEDICAMENTOS FUERA DE PETITORIO FAP/PNUME O DE MARCA - AMBULATORIO (*)	MEDICAMENTOS FUERA DE PETITORIO FAP/PNUME O DE MARCA - HOSPITALIZADO (*)	
	TITULAR	ILIMITADO	0%	0%	20%	20%	
	CÓNYUGE	HASTA S/. 80,000.00	20%	10%	40%	30%	
	HIJOS						
	Condiciones sujetas a cambios y/o modificaciones que se notificarán por correo electrónico, a través de nuestra página web: https://iafasfap.gob.pe y/o por cualquier otro medio electrónico.						
	(*) Sujeto a evaluación por el área de auditoría médica.						
PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD ONCOLÓGICO FAMILIAR	PARENTESCO	LÍMITE DE COBERTURA ANUAL	HOSPITALIZACIÓN Y EXÁMENES AMBULATORIOS EN IPRESS PÚBLICAS Y FF.AA.	MEDICAMENTOS EN PETITORIO FAP/PNUME CON DCI	MEDICAMENTOS FUERA DE PETITORIO FAP/PNUME O DE MARCA COMERCIAL	REQUISITO	
	TITULAR	ILIMITADO	0%	0%	20%	INFORME MÉDICO QUE INDIQUE EL RAM OCASIONADO POR EL GENÉRICO Y EVIDENCIA EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE	
	CÓNYUGE			10%	30%		
	HIJOS						
	Condiciones sujetas a cambios y/o modificaciones que se notificarán por correo electrónico, a través de nuestra página web: https://iafasfap.gob.pe y/o por cualquier otro medio electrónico.						

PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD PADRES	PARENTESCO	LÍMITE DE COBERTURA ANUAL	COASEGURO POR SERVICIOS				
			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	
	PADRE	HASTA S/. 80,000.00	20%	10%	20%	10%	
	MADRE						
	PARENTESCO	LÍMITE DE COBERTURA ANUAL	COASEGURO POR MEDICAMENTOS				
			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%	30%	30%	
	MADRE						
	Condiciones sujetas a cambios y/o modificaciones que se notificarán por correo electrónico, a través de nuestra página web: https://iafasfap.gob.pe y/o por cualquier otro medio electrónico. (*) Sujeto a evaluación por el área de auditoría médica.						
	PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD ONCOLÓGICO PADRES	PARENTESCO	LÍMITE DE COBERTURA ANUAL	HOSPITALIZACIÓN Y EXÁMENES AMBULATORIOS EN IPRESS PÚBLICAS Y FF.AA.	COASEGURO POR MEDICAMENTOS		
MEDICAMENTOS EN PETITORIO FAP/PNUME CON DCI					MEDICAMENTOS FUERA DE PETITORIO FAP/PNUME O DE MARCA COMERCIAL	REQUISITO	
PADRE		ILIMITADO	10%	10%	30%	INFORME MÉDICO QUE INDIQUE EL RAM OCASIONADO POR EL GÉNERO Y EVIDENCIA EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE	
MADRE							
Condiciones sujetas a cambios y/o modificaciones que se notificarán por correo electrónico, a través de nuestra página web: https://iafasfap.gob.pe y/o por cualquier otro medio electrónico.							
2		Con la suscripción del presente documento, el TITULAR AFILIADO, el beneficiario, el familiar y/o representante legal del TITULAR AFILIADO declara conocer y cumplir todas las leyes, reglamentos, decretos, códigos, manuales, ordenanzas, resoluciones y todo dispositivo o norma vigente que sea aplicable a la cobertura de riesgo en salud, planes de aseguramiento y beneficios que ofrece IAFAS-FOSFAP, así también conocer y cumplir con la información que IAFAS-FOSFAP publica en la página web: https://iafasfap.gob.pe y/o la que IAFAS-FOSFAP comunique a través de correo y/o cualquier otro medio electrónico. El TITULAR AFILIADO, el beneficiario, el familiar y/o representante legal del TITULAR AFILIADO se compromete a cumplir con las disposiciones descritas de forma cabal y a entera satisfacción de IAFAS-FOSFAP, por lo que no podrá alegar desconocimiento o falta de información. En ese sentido el TITULAR AFILIADO, el beneficiario, el familiar y/o representante legal del TITULAR AFILIADO, se obliga a mantenerse informado de nuestra normativa y sobre la actualización de las condiciones de los planes e información relevante sobre costos, beneficios, exclusiones y cualquier modificación, incluso la que se publique a través de nuestra página web: https://iafasfap.gob.pe . Por lo anterior, en ningún caso el TITULAR AFILIADO, el beneficiario, el familiar y/o representante legal del TITULAR AFILIADO podrá alegar falta de conocimiento o ausencia de información.					
3		Por la presente y conforme a lo anterior, el TITULAR AFILIADO y/o Representante Legal declara a la suscripción del presente documento que se obliga a asumir el costo económico del COASEGURO, así como cualquier otro concepto que no esté incluido en la cobertura de los planes ofrecidos por la IAFAS-FOSFAP, según la información proporcionada por correo electrónico, a través de nuestra página web: https://iafasfap.gob.pe y de cualquier otro medio electrónico. En ese sentido con la suscripción del presente documento, el TITULAR AFILIADO y/o Representante Legal declara conocer las características, costos, beneficios, exclusiones, derechos y obligaciones del Plan Complementario de Salud Familiar y/o Plan Complementario de Salud Oncológico Familiar y/o Plan Complementario de Salud Padres y/o Plan Complementario de Salud Oncológico Padres (según corresponda), por lo que no podrá alegar desconocimiento o falta de información.					
4		En cualquier caso, si los gastos por el servicio superan los límites de cobertura anual, éstos serán asumidos al 100% por el TITULAR AFILIADO y/o Representante Legal debidamente acreditado, según corresponda, sin derecho a reembolso o reintegro.					
5		Por la presente y conforme a lo anterior, el TITULAR AFILIADO y/o Representante Legal autoriza a IAFAS-FOSFAP a efectuar el descuento mensual de su remuneración y/o pensión, según las escalas establecidas en norma vigente mediante estudio matemático actuarial. Asimismo, autorizo a que este descuento se renueve anualmente y sólo cese en caso de que a mi voluntad y por escrito me desafilie y deje sin efecto este descuento, sin derecho a devolución de aportes en ningún caso. En caso que no sea posible efectuar descuentos me comprometo como TITULAR AFILIADO a cumplir con el pago de las aportaciones bajo responsabilidad. Sin perjuicio de lo anterior, el TITULAR AFILIADO y/o Representante Legal autoriza a IAFAS-FOSFAP a efectuar los trámites correspondientes para que se realicen los descuentos acordados en su remuneración y/o pensión, por medio del SINFA, DIGEPREV (OPREFA) o CAMIP según corresponda, por conceptos de Plan Complementario de Salud Familiar y/o Plan Complementario de Salud Oncológico Familiar y/o Plan Complementario de Salud Padres y/o Plan Complementario de Salud Oncológico Padres (según corresponda): 54-01 Aporte Plan Integral Padres (Plan de Salud y Plan Oncológico). 54-02 Deducibles por Atenciones Extra-FAP LIMA. 54-05 Deducibles por Atenciones Extra-FAP PROVINCIA. 54-08 Aporte Plan Complementario de Salud Oncológico. 54-09 Aporte Plan Complementario de Salud Familiar. 54-10 Deducibles por atenciones del Plan Integral Padres (Plan de Salud y Plan Oncológico). 54-11 Deducibles por atenciones del Plan Complementario de Salud Familiar.					
6		En caso que el TITULAR AFILIADO (Titular o beneficiario de pensión) deje de abonar a la IAFAS-FOSFAP la prima o aporte facultativo durante un periodo de tres meses consecutivos o cinco meses alternos, tanto el TITULAR AFILIADO (Titular o beneficiario de pensión) como sus derechohabientes quedarán desafilados de los planes que se encuentren adscritos (Plan Complementario de Salud Familiar y/o Plan Complementario de Salud Oncológico Familiar y/o Plan Complementario de Salud Padres y/o Plan Complementario de Salud Oncológico Padres (según corresponda)). En ese sentido, con la suscripción del presente documento el TITULAR AFILIADO y/o su Representante Legal toma conocimiento que el periodo de latencia solo aplica para el Plan Específico de Salud (PEAS), no así a los planes complementarios descritos anteriormente (según corresponda) y que, en cualquier caso, LA DESAFILIACIÓN ES DEFINITIVA E IRREVERSIBLE, por lo que no aplicará en ningún caso la reafiliación.					
7	Para la validez de todas las comunicaciones y notificaciones a las partes, con motivo de la ejecución de este contrato, el TITULAR AFILIADO, el beneficiario, el familiar y/o representante legal del TITULAR AFILIADO ha incorporado sus datos de identificación y contacto en la SOLICITUD DE AFILIACIÓN. El cambio de domicilio e información de cualquiera de las partes surtirá efecto desde la fecha de comunicación de dicho cambio a la otra parte, por escrito. Asimismo, el TITULAR AFILIADO, el beneficiario, el familiar y/o representante legal del TITULAR AFILIADO se compromete a actualizar cualquier cambio que se produzca en los medios electrónicos indicados en el numeral anterior. En caso de acción u omisión se incumpla este compromiso, declara y acepta las consecuencias que pueda ocasionar ello y que conlleve la pérdida de cobertura del Plan Complementario de Salud Familiar y/o Plan Complementario de Salud Oncológico Familiar y/o Plan Complementario de Salud Padres y/o Plan Complementario de Salud Oncológico Padres (según corresponda), por lo que libera a IAFAS-FOSFAP de toda responsabilidad.						
8	En aplicación a las normas vigentes de IAFAS-FOSFAP y con la suscripción del presente documento declaro bajo juramento que la información, sus respuestas y declaraciones contenidas en el presente documento son verídicas, completas, exactas y se ajustan a la realidad, y es de mi conocimiento que cualquier falsedad, simulación u omisión voluntaria o involuntaria, anula y deja sin efecto alguno la cobertura a los Planes de Salud, liberando de toda responsabilidad y compromiso a IAFAS-FOSFAP.						
9	Adicionalmente, el TITULAR AFILIADO, el beneficiario, el familiar y/o representante legal del TITULAR AFILIADO declara: - Conocer y manifestar su consentimiento para que se remita alternativamente por los medios electrónicos o de comunicación que registre en la SOLICITUD DE AFILIACIÓN, toda comunicación o documentación relativa a la afiliación y/o pólizas de seguro, así como sus endosos y/o renovaciones, pudiendo incluso haber sido contratadas con anterioridad o en el futuro; incluyendo adicionalmente, comprobantes de pago electrónicos y las comunicaciones de cobranza que correspondan. - Haber sido informado(a) que, conforme a la Ley y el Reglamento, mientras dure mi relación contractual con IAFAS-FOSFAP y hasta por 10 años de culminada la misma, mis Datos Personales se almacenarán en el banco de datos de titularidad de IAFAS-FOSFAP. - Declara conocer su derecho a solicitar el acceso a sus Datos Personales y conocer su tratamiento, así como a solicitar su actualización, inclusión, rectificación, cancelación y supresión, pudiendo oponerme a su uso o divulgación, a través de cualquiera de las Plataformas de Atención de IAFAS-FOSFAP. Teniendo a salvo además el ejercicio de la tutela de mis derechos ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales en vía de reclamación o al Poder Judicial para la acción de hábeas data.						

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

Lima, _____ de _____ de 20__

Contratante:	
Parentesco:	
DNI N°:	

"Este contrato podrá ser resuelto unilateralmente por IAFAS FOSFAP (incluye dependientes), carecerán de todo derecho si realizaran en cualquier tiempo declaración falsa o inexacta, omisión de información, retención, o disimulación de circunstancias relativas a su salud o de la de sus Dependientes registrados, aun cuando haya sido efectuado de buena fe, debiendo asumir la obligación de pago por daños y perjuicios que la declaración hubiera generado".

En caso de cancelación de afiliación no se devolverá los aportes facultativos o primas.

ANEXO 2

PLAN DE BENEFICIOS

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

PARENTESCO	LÍMITE DE COBERTURA ANUAL	CONSULTAS AMBULATORIAS EN IPRESS PÚBLICAS Y FF.AA.	HOSPITALIZACIÓN Y EXÁMENES AMBULATORIOS EN IPRESS PÚBLICAS Y FF.AA.	DEDUCIBLE POR MEDICAMENTO	
				EN PETITORIO PNUME CON DCI	
				AMBULATORIAS	HOSPITALIZADO
TITULAR	ILIMITADO	10%	10%	10%	10%
CÓNYUGE		20%	15%	30%	20%
HIJOS					

(*) DCI: Denominación Común Internacional (Genérico)