

Institución Administradora de
Fondos de Aseguramiento en Salud
de la Fuerza Aérea del Perú



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA IAFAS-FOSFAP
N° 001-2026-IFGF/CC**

PROCEDIMIENTO PARA EL OTORGAMIENTO DEL
BENEFICIO DE FRACCIONAMIENTO

Lima – Perú

2026

Directiva Administrativa N° 001-2026-IFGF/CC

RUBRO	A CARGO DE	V°B°	FECHA
ELABORACIÓN	Departamento de Gestión de Fondos de Aseguramiento en Salud		
REVISIÓN	Departamento de Gestión de Siniestros		
	Departamento de Gestión del Asegurado		
	Departamento de Planeamiento y Presupuesto		
	Departamento de Asesoría Legal		

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I - GENERALIDADES.....	1
1. OBJETO.....	1
2. FINALIDAD	1
3. ALCANCE.....	1
4. VIGENCIA	1
5. BASE LEGAL.....	1
6. ACRÓNIMOS.....	2
7. DEFINICIONES	2
CAPÍTULO II – DISPOSICIONES GENERALES	5
1. SOBRE LOS CONCEPTOS QUE PUEDEN SER OBJETO DEL BENEFICIO DE FRACCIONAMIENTO	5
2. REQUISITOS PARA EL OTORGAMIENTO DEL BENEFICIO DE FRACCIONAMIENTO	5
3. PÁRAMETROS PARA DETERMINAR EL VALOR DEL FRACCIONAMIENTO	6
CAPÍTULO III- DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.....	7
1. CALIFICACIÓN DE LA SOLICITUD DE FRACCIONAMIENTO	7
2. EFECTOS DEL CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE FRACCIONAMIENTO	8
3. CAUSALES DE LA PÉRDIDA DE FRACCIONAMIENTO	9
4. EFECTOS DE LA PÉRDIDA DEL BENEFICIO DE FRACCIONAMIENTO	9
CAPÍTULO IV – RESPONSABILIDADES	10
1. DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD	10
2. DE LA SECCIÓN DE CUENTAS CORRIENTES	10
3. DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DEL ASEGURADO	11
4. DEL DEPARTAMENTO DE ASESORÍA LEGAL	11
5. DE LOS ASEGURADOS O CONTRATANTES DE LA IAFAS- FOSFAP	11
ANEXO “A” – FORMATO DE SOLICITUD DE BENEFICIO DE FRACCIONAMIENTO	12

Directiva Administrativa N° 001-2026-IFGF/CC

ANEXO “B” – COMPROMISO DE PAGO	13
ANEXO “C” – EXÁMENES MÉDICOS	15
ANEXO “D” – AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO	17
ANEXO “E” – AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO DEGEPREV.....	18
ANEXO “F” – AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO CAMIP.....	19
ANEXO “G” – SOLICITUD DE BENEFICIO POR PAGO PUNTUAL	20
ANEXO “H” – FORMATO DE ACTIVACIÓN DE LOS PLANES COMPLEMENTARIOS.....	21
ANEXO “I” – FORMATO DE DESAFILIACIÓN A LOS PLANES COMPLEMENTARIOS.....	22
ANEXO “J” – FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO	21

CAPÍTULO I

GENERALIDADES

1. OBJETO

Establecer disposiciones para la calificación, otorgamiento y pérdida del beneficio de fraccionamiento del monto de la cuenta por cobrar, derivado de los deducibles y copagos asumidos por la IAFAS-FOSFAP de los planes de aseguramiento de salud, así como del monto adeudado derivado del incumplimiento en el pago oportuno de los aportes facultativos de los Planes Complementarios.

2. FINALIDAD

Contar con un documento técnico normativo que permita determinar el procedimiento para calificar y otorgar el fraccionamiento solicitado por los asegurados a la IAFAS-FOSFAP, así como disponer el procedimiento de cobro ante la pérdida del beneficio de fraccionamiento.

3. ALCANCE

Al personal de la IAFAS-FOSFAP, al Personal Militar en situación de actividad, disponibilidad, retiro y sus derechohabientes y/o familiares inscritos en la IAFAS-FOSFAP, así como a los Cadetes y Alumnos de la FAP, de acuerdo a cada plan de aseguramiento de salud.

4. VIGENCIA

La presente Directiva se mantendrá vigente hasta el 31-12-2026, debiendo ser actualizada a su vencimiento, de considerarlo pertinente.

5. BASE LEGAL

- a.- La Constitución Política del Perú de 1993
- b.- Decreto Legislativo N° 1173, Decreto Legislativo de las Instituciones Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas
- c.- Decreto Supremo N° 007-2025-DE, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1173.
- d.- Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S, que aprueba los “Lineamientos, Normas y Cláusulas Generales del Contrato de Aseguramiento en Salud a ser suscrito entre las IAFAS y las Entidades Empleadoras o los asegurados”.

Directiva Administrativa N° 001-2026-IFGF/CC

- e.- Resolución Directoral N° 0075 IAFAS-FOSFAP, que aprueba el Reglamento Interno de la IAFAS-FOSFAP.

6. ACRÓNIMOS

- a.- **DIGPE:** Dirección General de Personal.
- b.- **IAFAS:** Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud.
- c.- **IAFAS-FOSFAP:** Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud de la Fuerza Aérea del Perú.
- d.- **IPRESS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- e.- **PEAS:** Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.
- f.- **UGIPRESS:** Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- g.- **UIT:** Unidad Impositiva Tributaria.

7. DEFINICIONES

- a.- **Asegurados:** Todo beneficiario que cuente con cobertura de alguno de los planes de salud financiados por la IAFAS-FOSFAP.
- b.- **Beneficiarios:** Es el personal militar, sus derechohabientes y familiares inscritos en la base de datos de la DIGPE, así como Cadetes y Alumnos.
- c.- **Beneficio de fraccionamiento:** Es la facilidad de pago que se concede al asegurado contratante, para que la cancelación por conceptos establecidos por la IAFAS-FOSFAP puedan ser abonados en cuotas y en un determinado periodo de tiempo.
- d.- **Carta de Garantía:** Documento emitido por la IAFAS – FOSFAP que autoriza la atención de los asegurados en una IPRESS que mantiene convenio o contrato vigente con la IAFAS-FOSFAP y que asegura que la prestación está respaldada por ella. Tiene vigencia de treinta (30) días calendario, para ser utilizado por el beneficiario ante la IPRESS.
- e.- **Contratante:** Toda persona natural o jurídica que suscribe un contrato de aseguramiento en salud con la IAFAS-FOSFAP por su propio derecho, en representación de terceros, o ambos. El contratante, es el único responsable frente a la IAFAS-FOSFAP por el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas, salvo los casos en los que se establezcan obligaciones contractuales expresas a cargo de los asegurados.

Directiva Administrativa N° 001-2026-IFGF/CC

- f.- **Copago:** Porcentaje del costo de una prestación de salud contemplada en la cobertura del plan de salud contratado, que es asumida siempre por el asegurado o contratante.
- g.- **Cronograma de Pago:** Documento que forma parte de la aprobación del fraccionamiento, donde se detalle de forma clara el número total de cuotas y los meses que se está fraccionando.
- h.- **Compromiso de Pago:** Documento formal por escrito que una persona pagará una deuda en una fecha futura específica.
- i.- **Cuotas:** Monto monetario establecido en partes que comprende la deuda.
- j.- **Deducible:** Pago que realiza el asegurado o contratante para recibir la prestación de salud cubierta por el plan contratado. El importe se regula en las condiciones establecidas en el contrato.
- k.- **Deuda:** Constituye el total de cuotas impagas, vencidas.
- l.- **Extinción del derecho de financiamiento de prestaciones de salud:** Sucede, entre otros, cuando el asegurado o contratante no cumpla con pagar los aportes facultativos por tres (3) meses a más de los planes de salud, desde el día que se le notifica la carta de requerimiento de pago hasta quince (15) días hábiles después, sin que realice el pago del aporte adeudado.
- m.- **Facturación:** Proceso que emite el documento contable para realizar el cobro de los servicios y/o productos de salud brindados por un asegurado.
- n.- **Familiares Inscritos:** Familiar del titular militar hasta el primer grado de consanguinidad ascendente (padres) inscritos en el sistema de personal de la FAP y que cumpla las condiciones detalladas en el Plan Complementario financiado por la IAFAS-FOSFAP.
- o.- **IPRESS:** Son instituciones o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse como personas naturales o jurídicas que tiene como objetivo la prestación de servicios de salud, se encuentran clasificadas por categorías según su capacidad resolutive. Pueden ser parte de una red de salud.
- p.- **Liquidación:** Proceso que determina y reconoce el monto para pago por los servicios y/o productos de salud brindados a un asegurado. Se realiza en base a los criterios o aspectos pactados en los contratos suscritos entre las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS.

Directiva Administrativa N° 001-2026-IFGF/CC

- q.- **Plan Complementario:** Son aquellos que complementan al PEAS, que son ofrecidas por las IAFAS a los asegurados al PEAS. La regulación de estos planes, así como la fiscalización del cumplimiento están a cargo de SUSALUD.
- r.- **Planes Específicos:** Son aquellos que rigen desde la entrada en vigencia de la Ley N° 29344 y constituyen derechos adquiridos que no pueden ser reducidos en tanto otorguen cobertura más allá de la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones establecidas en el PEAS.
- s.- **Planes de Aseguramiento en Salud:** Son listas de condiciones asegurables e intervenciones y prestaciones de salud que son financiadas por la IAFAS-FOSFAP y se clasifican en los siguientes grupos: PEAS, Planes Específicos y Planes Complementarios.
- t.- **Póliza:** Es un contrato legal que establece las condiciones, derechos y obligaciones entre el asegurado y la compañía de seguros.
- u.- **Prestación de Salud:** Es la unidad básica que describe los procedimientos realizados para la atención de las condiciones de salud de los asegurados.
- v.- **Prima o Aporte:** Es la retribución abonada por el asegurado potestativo como contraprestación del plan de seguro otorgado.
- w.- **Red de Salud:** Conjunto de IPRESS de diferentes niveles de complejidad y capacidad resolutive, interrelacionados funcionalmente, cuya combinación de recursos y complementariedad de servicios asegura la provisión y continuidad de un conjunto de atenciones en salud, en función de las necesidades de la población.
- x.- **Suspensión de la condición de asegurado:** Sucede, entre otros, cuando el asegurado o contratante no cumplan con pagar un (1) mes de aporte facultativo o cualquier otra suma de acuerdo a lo establecido en los planes de salud de la IAFAS-FOSFAP, hasta que regularice el pago total del monto adeudado.
- y.- **Titular:** Personal militar beneficiario; así como los Cadetes y Alumnos de los Centros de Formación de la FAP.

CAPÍTULO II

DISPOSICIONES GENERALES

1. SOBRE LOS CONCEPTOS QUE PUEDEN SER OBJETO DEL BENEFICIO DE FRACCIONAMIENTO

- a.- Son objeto del beneficio de fraccionamiento los siguientes conceptos:
- 1) Los deducibles y copagos derivados de las atenciones de los asegurados ante las IPRESS de convenio y que no fueron asumidos por estos en su oportunidad, sino de forma excepcional por la IAFAS-FOSFAP.
 - 2) Los aportes facultativos asumidos por la contratación a los planes complementarios, requeridos por la IAFAS-FOSFAP de acuerdo a las cláusulas detalladas en las pólizas.

2. REQUISITOS PARA EL OTORGAMIENTO DEL BENEFICIO DE FRACCIONAMIENTO

- a.- Para el otorgamiento del beneficio de fraccionamiento, el asegurado o contratante deberá cumplir como mínimo los siguientes requisitos:
- 1) Contar con PEAS vigente.
 - 2) Presentar el Formato de Solicitud de beneficio de fraccionamiento (Anexo A).
 - 3) Compromiso de pago (Anexo B).
 - 4) Boletas de pago de los últimos 3 meses y recibo por honorarios de corresponder, donde acredita su situación económica.
 - 5) Copia simple del examen médico que acredite la salud del titular y los derechohabientes, los cuales serán realizados en establecimientos de salud del MINSA, de acuerdo a cada Plan de Salud (Anexo C).
 - 6) Autorización de Descuento (Anexo D).
 - 7) El concepto solicitado no debe encontrarse en la causal de pérdida de fraccionamiento.
 - 8) Copia del vóucher del depósito o recibo de caja de la IAFAS-FOSFAP correspondiente al pago de la cuota inicial. Dicho documento será presentado una vez lo requiera la Sección Cuentas Corrientes.

Directiva Administrativa N° 001-2026-IFGF/CC

- b.- Esta IAFAS-FOSFAP se reserva la potestad de solicitar los documentos adicionales que estime conveniente para su respectiva evaluación.

3. PÁRAMETROS PARA DETERMINAR EL VALOR DEL FRACCIONAMIENTO

- a.- El otorgamiento del beneficio de fraccionamiento se sujeta a los siguientes parámetros:

RANGO DE DEUDA	DEDUCIBLES Y COPAGOS		APORTES FACULTATIVOS	
	Cuota inicial mínima	Plazo	Cuota inicial mínima	Plazo
Hasta 1 UIT	60% del total de la deuda	Hasta 3 meses	60% del total de la deuda	Hasta 3 meses
Más de 1 UIT hasta 2 UIT	50% del total de la deuda	Hasta 4 meses	50% del total de la deuda	Hasta 4 meses
Más de 2 UIT hasta 3 UIT	50% del total de la deuda	Hasta 6 meses	50% del total de la deuda	Hasta 6 meses
Más de 3 UIT	40% del total de la deuda	Hasta 12 meses	40% del total de la deuda	Hasta 12 meses

- b.- Para determinar el valor de la cuota y el plazo para el pago se tendrá en consideración el ingreso mensual del contratante o asegurado, de acuerdo al requisito detallado en el inciso 4) subpárrafo a.- párrafo 2.- Capítulo II de la presente Directiva.
- c.- En todo lo no previsto en la presente Directiva será de aplicación supletoria el Decreto Legislativo N° 1173, su Reglamento aprobado con el Decreto Supremo N° 007-2025-DE y las cláusulas detalladas en las pólizas de los Planes Complementarios que corresponda.

CAPÍTULO III

DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

1. CALIFICACIÓN DE LA SOLICITUD DE FRACCIONAMIENTO

- a.- El asegurado o contratante presenta el Formato de Solicitud de beneficio de fraccionamiento (Anexo A) mediante la mesa de partes virtual de la IAFAS-FOSFAP, cumpliendo los requisitos detallados en el párrafo 2.- del Capítulo II del presente documento.
- b.- La Sección Cuentas Corrientes califica y verifica la documentación detallada en el numeral precedente en un plazo que no exceda los treinta (30) días hábiles a partir de su presentación, emitiendo la siguiente calificación:
 - 1) Calificación positiva Preliminar: Cuando se verifique que el asegurado o contratante cumplió con presentar todos los requisitos detallados en la presente Directiva. En caso de presentar observaciones en los requisitos, se otorgará un plazo de tres (3) días hábiles para su levantamiento. Posterior a ello, la Sección Cuentas Corrientes solicita por escrito al asegurado o contratante para que en el plazo máximo de quince (15) días calendarios, cumpla con pagar el monto de la cuota inicial.
 - 2) Aprobación de la solicitud: Cuando el asegurado o contratante cumpla con pagar el monto de la cuota inicial. En este documento se adjunta el cronograma de pago.
 - 3) Denegatoria de la solicitud: Ocurre en los siguientes supuestos:
 - a) Cuando el asegurado o contratante no cumpla con pagar el monto de la cuota inicial o lo haga en forma parcial. En este último caso, el pago parcial será asumido como pago a cuenta en caso de deuda de copagos y deducibles. Si el fraccionamiento recae en aportes facultativos, el monto pagado parcialmente será devuelto al asegurado o contratante y será desafiado automáticamente de los planes complementarios que corresponda.
 - b) Cuando no cumpla con presentar todos los requisitos detallados en la presente Directiva, a pesar del plazo otorgado para su subsanación.

Directiva Administrativa N° 001-2026-IFGF/CC

- c.- La Sección Cuentas Corrientes, remitirá al Departamento de Gestión de Siniestros el examen médico presentado por el asegurado o contratante, la misma que fue realizado en establecimientos de salud del MINSA, para que se tome en consideración al momento de realizar la auditoria médica que corresponda.

2. EFECTOS DEL CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE FRACCIONAMIENTO

- a.- El cumplimiento del pago del beneficio de fraccionamiento origina los siguientes efectos:
 - 1) Recobrar el derecho a gozar de los beneficios de los planes complementarios que corresponda cuando el asegurado o contratante cumpla con pagar el total del fraccionamiento.
 - 2) Solo aquellos asegurados o contratantes puntuales con los pagos de los fraccionamientos serán beneficiarios de recobrar el derecho a gozar los beneficios de los planes complementarios después de haber cancelado el 80% o más del total de la deuda, con el compromiso de pagar regularmente su deuda y aportes en adelante, para lo cual deberá presentar la Solicitud de beneficio por pago puntual (Anexo G).
- b.- En ambos casos detallados en el subpárrafo a.- párrafo 2.- del Capítulo III, el asegurado o contratante deberá presentar la póliza y anexos a los Planes complementarios firmados, solicitados previamente al Departamento de Gestión del Asegurado al correo afiliacion.iafas@iafasfap.gob.pe
- c.- Una vez que la Sección Cuentas Corrientes determine el cumplimiento de los requisitos indicados en el subpárrafo anterior, solicita la activación a los planes complementarios de salud IAFAS-FOSFAP (Anexo H) al Departamento de Gestión del Asegurado.
- d.- En ningún caso la IAFAS-FOSFAP responde por contingencias ocurridas, iniciadas o como consecuencia de diagnósticos realizados durante el período en que el asegurado o contratante se encontraban en mora en el pago correspondiente, aun cuando la contingencia se prolongue el período en que se rehabilite la cobertura.

3. CAUSALES DE LA PÉRDIDA DEL BENEFICIO DE FRACCIONAMIENTO

- a.- El asegurado o contratante pierde el beneficio de fraccionamiento en cualquiera de los siguientes supuestos:
- 1) Cuando no cumpla con el pago de una (1) cuota dentro de las fechas que correspondan, en Caja Ventanilla de la IAFAS-FOSFAP, depósitos bancarios a nuestra cuenta del BBVA o descuentos vía planilla de remuneraciones / pensiones, validado por la Sección Cuentas Corrientes.
 - 2) Cuando no cumpla con pagar las últimas cuotas en caso obtenga el beneficio por pago puntual.
 - 3) Cuando se determine que alguno de los datos o documentos proporcionados por el asegurado o contratante es falsa o se omitieron datos, documentación o circunstancias que hubiera influido en el otorgamiento del mismo. Se procederá a tomar las acciones legales correspondientes, en virtud a lo establecido en el artículo 427 y siguientes del Código Penal.

4. EFECTOS DE LA PÉRDIDA DEL BENEFICIO DE FRACCIONAMIENTO

- a.- Cuando se trate de la pérdida del beneficio de fraccionamiento de copagos y deducibles, se iniciarán las acciones legales correspondientes para su recupero.
- b.- Cuando se trate de la pérdida del beneficio de fraccionamiento de los aportes facultativos de los planes complementarios financiados por la IAFAS-FOSFAP, se tendrá en consideración los siguientes efectos:
- 1) Desafiliación del Plan de Salud Complementario Familiar y Complementario Oncológico Familiar, existiendo la posibilidad del reingreso de acuerdo a lo detallado en la CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA de la Póliza correspondiente.
 - 2) Desafiliación del Plan de Salud Complementario Padres y Complementario Oncológico Padres, no existiendo la posibilidad del reingreso.
 - 3) En ambos casos, la Sección Cuentas Corrientes enviará el Formato de Desafiliación a los planes complementarios (Anexo I) al Departamento de Gestión del Asegurado.

Directiva Administrativa N° 001-2026-IFGF/CC

- c.- En ningún caso, se realizará la devolución de las cuotas pagadas una vez exista la aprobación del beneficio de fraccionamiento.
- d.- La pérdida del beneficio de fraccionamiento, así como los efectos de tal situación, será comunicada al asegurado o contratante de forma inmediata, por la Sección Cuentas Corrientes.

CAPÍTULO IV

RESPONSABILIDADES

1. DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

Supervisar las acciones realizadas por la Sección Cuentas Corrientes

2. DE LA SECCIÓN DE CUENTAS CORRIENTES

- a.- Realizar la calificación, aprobación o denegatoria de la solicitud del beneficio de fraccionamiento, determinando el riesgo de recuperación del monto adeudado y el nivel de cumplimiento de las obligaciones del asegurado o contratante.
- b.- Calcular el valor de la cuota inicial y las demás cuotas de acuerdo a lo solicitado por el asegurado o contratante y lo dispuesto en el párrafo 3.- del Capítulo II de la presente Directiva.
- c.- Realizar el seguimiento y control respecto al cumplimiento del pago de las cuotas por parte del asegurado o contratante, comunicando al Departamento de Gestión del Asegurado en caso corresponda la desafiliación de los planes complementarios o al Departamento de Asesoría Legal en caso corresponda el recupero de los copagos y deducibles.
- d.- Coordinar con las entidades que correspondan los descuentos a la remuneración y/o pensión, de acuerdo a la autorización de descuento realizado por el titular militar y/o su beneficiario de pensión (Anexos D, E o F).
- e.- Remitir mensualmente al Departamento de Gestión de Fondos de Aseguramiento en Salud, la lista de solicitudes de fraccionamiento aprobadas.

3. DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DEL ASEGURADO

- a.- Suspender el derecho de financiamiento de las prestaciones de salud al asegurado o contratante, cuando esta situación sea comunicada por la Sección Cuentas Corrientes
- b.- Proceder a la desafiliación del asegurado o contratante en caso se emita la denegatoria de la solicitud de fraccionamiento o exista pérdida del beneficio de fraccionamiento para los aportes facultativos, situación que será comunicada por la Sección Cuentas Corrientes.
- c.- Realizar las coordinaciones correspondientes con el asegurado o contratante para que proceda a suscribir las pólizas de los planes complementarios previo a que recobre el derecho a gozar de la cobertura de los mismos.

4. DEL DEPARTAMENTO DE ASESORÍA LEGAL

- a.- Realizar las acciones legales correspondientes para el recupero de copagos y deducibles, en caso se emita denegatoria de la solicitud de fraccionamiento o exista pérdida del beneficio de fraccionamiento, situación que será comunicada por la Sección Cuentas Corrientes
- b.- Realizar las coordinaciones con la Procuraduría Pública FAP en caso se agoten los medios de trato directo para el recupero de copagos y deducibles.

5. DE LOS ASEGURADOS O CONTRATANTES DE LA IAFAS-FOSFAP

- a.- Cumplir con el pago de las cuotas del beneficio de fraccionamiento aprobado, antes del vencimiento del plazo concedido.
- b.- Suscribir las pólizas de los planes complementarios previo a recobrar el derecho a gozar de los beneficios de los planes complementarios que corresponda.

FORMATO DE SOLICITUD DE BENEFICIO DE FRACCIONAMIENTO



SEÑOR DIRECTOR EJECUTIVO DE LA INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA DEL FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ (FOSFAP)

SOLICITUD DE BENEFICIO DE FRACCIONAMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

.....
.....
.....
.....

IMPORTE TOTAL DE LA DEUDA:

- COPAGO:** 5402-ATENCIÓN EXTRA FAP LIMA
5405-ATENCIÓN EXTRA FAP PROVINCIA
APORTES: 5401-APORTE DE PADRES
5408-APORTE ONCOLÓGICO FAMILIAR
5409-APORTE PLAN DE SALUD FAMILIAR

PARA LO CUAL ADJUNTO LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- 1.-COPIA SIMPLE DE DNI
- 2.-BOLETA DE HABERES/PENSIÓN
- 3.-COPIA DE CARTA ENTREGADA POR IAFAS CON PLAZO DE 15 DIAS
- 4.-COPIA DE HOJA DE LIQUIDACIÓN Ó NRO DE H.L:.....

DATOS OBLIGATORIOS DEL TITULAR:

APELLIDOS Y NOMBRES:.....
NSA:.....DNI:.....
GRADO:.....UNIDAD/LUGAR DE COBRO:.....
EMAIL:.....TELF/CEL:.....FIJO:.....

SANTIAGO DE SURCO,.....DE.....DEL 20....

HUELLA
DIGITAL

FIRMA



COMPROMISO DE PAGO N°

Yo, _____ identificado con
NSA _____ y DNI _____, en situación militar
de _____ en calidad de titular cónyuge hijo
afiliado a los planes de salud que financia la IAFAS-FOSFAP.

DECLARO BAJO JURAMENTO:

A la fecha de suscripción de la presente, reconozco mantener una deuda de Y/100 SOLES (S/.), generado de los aportes facultativos pendientes de pago y/o deducibles y copagos correspondientes de las prestaciones de salud recibidas, según los planes de salud, financiados por la IAFAS-FOSFAP, la cual me comprometo a pagar íntegramente de acuerdo a los plazos y montos establecidos en el Cronograma de Pago N°.....

Asimismo, declaro bajo juramento conocer las causales por perder el beneficio de fraccionamiento, así como sus efectos y otros considerados en la Directiva Administrativa N° 001-2026-IFGF/CC, motivo por el cual, me sujeto a las condiciones previamente señaladas por la IAFAS-FOSFAP, a fin de acceder nuevamente al financiamiento de las prestaciones de salud.

Santiago de Surco,



Grado Nombre y Apellidos
NSA N°.....

RESPONSABILIDADES DE LOS ASEGURADOS O CONTRATANTES DE LA IAFAS-FOSFAP

- Cumplir con el pago de las cuotas del beneficio de fraccionamiento aprobado, antes del vencimiento del plazo concedido.
- Suscribir las pólizas de los planes complementarios previo a recobrar el derecho a gozar de los beneficios de los planes complementarios que corresponda.

CAUSALES DE LA PÉRDIDA DE FRACCIONAMIENTO

El asegurado o contratante pierde el beneficio de fraccionamiento en cualquiera de los siguientes supuestos:

- Cuando no cumpla con el pago de una (1) cuota dentro de las fechas que correspondan, en Caja Ventanilla de IAFAS, depósitos bancarios a nuestra cuenta del BBVA o descuentos vía planilla de remuneraciones /pensiones, validado por la Sección de Cuentas Corrientes.
- Cuando revoque la autorización de descuento en la FAP, CAMIP, OPREFA, en casos de efectuar pagos mediante descuentos vía planilla de remuneraciones /pensiones.
- Cuando no cumpla con pagar las últimas cuotas en caso obtenga el beneficio por pago puntual.
- Cuando se determine que alguno de los datos o documentación proporcionados por el asegurado o contratante es falsa o se omitieron datos, documentación o circunstancias que hubiera influido en el otorgamiento del mismo.

EFFECTOS DE LA PÉRDIDA DEL BENEFICIO DE FRACCIONAMIENTO

- Cuando se trate de la pérdida del beneficio de fraccionamiento de copagos y deducibles, se iniciarán las acciones legales correspondientes para su recupero.
- Cuando se trate de la pérdida del beneficio de fraccionamiento de los aportes facultativos de los planes complementarios financiados por la IAFAS-FOSFAP, se tendrá en consideración los siguientes efectos:
 - Desafiliación de los Planes de Salud Complementario Familiar y de Salud Complementario Oncológico Familiar, existiendo la posibilidad del reingreso de acuerdo a lo detallado en el Cláusula Vigésimo Segunda de la Póliza correspondiente.
 - Desafiliación de los Planes de Salud Complementario Padres y Complementario Oncológico Padres, no existiendo la posibilidad del reingreso.

En ambos casos, la Sección Cuentas Corrientes enviará el Formato de Desafiliación a los planes complementarios (Anexo H) al Departamento de Gestión del Asegurado.

- **En ningún caso, se realizará la devolución de las cuotas pagadas una vez exista la aprobación del beneficio de fraccionamiento.**
- La pérdida de fraccionamiento será comunicada por la Sección Cuentas Corrientes de forma inmediata al asegurado o contratante, comunicando los efectos de tal situación.

EXÁMENES MÉDICOS

PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

(FAMILIAR Y PADRES)

Para el Plan de Salud Complementario Familiar, el asegurado o contratante presentará copia simple del examen médico que acredite la salud del titular, derechohabientes y familiares inscritos, los cuales serán realizados en establecimientos de salud del MINSA. Los exámenes de salud serán determinados por edades según el siguiente cuadro:

Examen médico		De 0 a 15 años	De 16 a 19 años	De 20 a 30 años	De 31 a 40 años	De 41 a 50 años	De 51 a 60 años	De 61 años a más	
Evaluación general	Examen físico completo – antropometría	x	x	x	x	x	x	x	
	Hemograma completo	x	x	x	x	x	x	x	
	Glucosa	x	x	x	x	x	x	x	
	Perfil tiroideo		x	x	x	x	x	x	
	Perfil lipídico		x	x	x	x	x	x	
	Perfil hepático		x	x	x	x	x	x	
	Examen de orina simple	x	x	x	x	x	x	x	
	Rayos X de tórax			x	x	x	x	x	
Exámenes especializados	Neurología						x	x	
	Neumología						x	x	
	Cardiología						x	x	
	Gastroenterología y urología	Ecografía completa de abdomen					x	x	x
		PSA varones					x	x	x
	Ginecología	Ecografías de mamas			x				
		Mamografías				x	x	x	x
	Oftalmología	Agudeza visual lejos y cerca		x	x	x	x	x	x
		Presión ocular					x	x	x
	Otorrinolaringología	Audiometría						x	x
Odontología	Odontograma	x*	x	x	x		x	x	

(*) A partir del primer año de edad

EXÁMENES MÉDICOS

PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCOLOGICO

(FAMILIAR Y PADRES)

Para el caso del Plan de Salud Complementario oncológico Familiar presentará copia simple del examen médico que acredite la salud del titular, derechohabientes y familiares inscritos, los cuales serán realizados en establecimientos de salud del MINSA. Los exámenes de salud serán determinados por edades según el siguiente cuadro:

	Examen médico	De 0 a 15 años	De 16 a 19 años	De 20 a 30 años	De 31 a 40 años	De 41 a 50 años	De 51 a 60 años	De 61 años a más
Evaluación general	Examen físico completo	X	X	X	X	X	X	X
	Hemograma completo	X	X	X	X	X	X	X
	Examen de orina simple	X	X	X	X	X	X	X
	Rayos X de tórax					X	X	X
Exámenes especializados	PAP o prueba HPV vigente			X	X	X	X	X
	Mamografía vigente					X	X	X
	Tamizaje colorrectal						X	X
	PSA vigente y evaluación prostática clínica						X	X



AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS

Yo, Grado:

Identificado con el NSA: DNI: UNIDAD/LUGAR DE COBRO:.....

.....Domiciliado en:.....

Cel / Telf: Correo electrónico:

Autorizo a la IAFAS de la Fuerza Aérea del Perú a efectuar los trámites correspondientes para que se realicen los descuentos acordados en LA DJ Y COMPROMISO D PAGO N°..... firmado, de mi Remuneración o Pensión, por intermedio del SINFA, DIGEPREV (OPREFA) o CAMIP según corresponda, por concepto de aportes y copagos de los Planes Complementarios de los cuales me encuentro inscrito.

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 Familiar

54-09 Aporte Plan Complementario de Salud Familiar

54-10 Deducibles atenciones de Plan Integral Padres (Plan de Salud y Plan Oncológico)

54-11 Deducibles atenciones de Plan Complementario de Salud Familiar

Lima, de del 20.....

Huella
Digital

Firma del Titular

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO DEGEPREV



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

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

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

Crédito Aporte¹ Cuota² Otros³

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

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

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

DECLARACIÓN OPCIONAL:

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

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

(FIRMA)

Post Firma: _____

D.N.I (CE) : _____



Huella Digital

Nota:
-ES OBLIGATORIO ADJUNTAR COPIA DEL DNI.
-TODOS LOS CAMPOS Y DOCUMENTACIÓN SON OBLIGATORIOS, DE LO CONTRARIO NO SE REALIZARÁ LA INSCRIPCIÓN.

¹ Sujeto a variación siempre que el Estatuto de la Asociación o Centro/Institución Educativa, así lo establezca.
² Relacionado a una prestación de salud.
³ Cualquier otra obligación diferente a los antes señalados y en el marco de lo establecido por ley.

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

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO CAMIP



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

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

Autorizo a la **INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD -IAFAS FOSFAP**, a efectuar descuentos por el concepto de Aportes y deducibles, sobre mi pensión mensual, la cual percibo a través de la Caja de Pensiones Militar Policial.

De la misma manera declaro además tener conocimiento sobre el orden de prelación establecido en los 5º y 6º del Decreto Supremo N° 010-2014-EF.

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

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

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

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

Lima, de del 202....

FIRMA DEL SOLICITANTE
DNI N°



SOLICITUD DE BENEFICIO POR PAGO PUNTUAL



SEÑOR DIRECTOR EJECUTIVO DE LA INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA DEL FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ (FOSFAP)

SOLICITUD DE BENEFICIO POR PAGO PUNTUAL

JUSTIFICACIÓN:

.....
.....
.....

DESEO QUE ME ACTIVEN EN LOS SIGUIENTES PLANES Y COPAGOS:

COPAGO: 5402-ATENCIÓN EXTRA FAP LIMA
5405-ATENCIÓN EXTRA FAP PROVINCIA
APORTES: 5401-APORTE PLAN DE SALUD PADRES (SALUD/ONCOLÓGICO)
5408-APORTE PLAN DE SALUD ONCOLÓGICO FAMILIAR
5409-APORTE PLAN DE SALUD FAMILIAR

PARA LO CUAL ADJUNTO LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- 1.-COPIA SIMPLE DE DNI
- 2.-COPIA DE COMPROMISO DE PAGO
- 3.-COPIA DE HOJA DE LIQUIDACIÓN Ó NRO DE H.L:.....
- 4.-DJ DE SALUD O COPIA DE RESULTADOS MÉDICOS EMITIDOS POR UN CENTRO DE SALUD DEL MINSA (TITULAR Y DERECHOHABIENTES)
- 5.- COPIA DE LA POLIZA FIRMADA DEL PLAN COMPLEMENTARIO QUE SOLICITA LA ACTIVACIÓN

DATOS OBLIGATORIOS DEL TITULAR:

APELLIDOS Y NOMBRES:.....
NSA:..... DNI:.....
GRADO:.....UNIDAD/LUGAR DE COBRO:.....
EMAIL:.....TELF/CEL:.....FIJO:.....

SANTIAGO DE SURCO,.....DE.....DEL 20.....





**FORMATO DE ACTIVACIÓN DE LOS PLANES
COMPLEMENTARIOS**

NSA: Nombre y Apellido:

Beneficiaria:

Departamento / Sección:

Detalle el plan (es) al cual se va realizar la afiliación:

5401-PLAN DE SALUD PADRES

5408- PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCOLÓGICO FAMILIAR

5409- PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO FAMILIAR

Firma de Jefe de Dpto./Sección	Firma del encargado del proceso de pagos	Recepción del Departamento de Gestión del Asegurado



**FORMATO DE DESAFILIACIÓN A LOS PLANES
COMPLEMENTARIOS**

NSA: Nombre y Apellido:

Beneficiaria:

Departamento / Sección:

Detalle el plan (es) al cual se va realizar la afiliación:

5401-PLAN DE SALUD PADRES

5408- PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCOLÓGICO FAMILIAR

5409- PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO FAMILIAR

Firma de Jefe de Dpto./Sección	Firma del encargado del proceso de pagos	Recepción del Departamento de Gestión del Asegurado

FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO

