

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



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA IAFAS – FOSFAP
N° 003-2026/IFGC**

PROCEDIMIENTO PARA LA COMPRA DE
PRESTACIONES DE SALUD

Lima – Perú

2026

Cuadro de Validación

RUBRO	A CARGO DE	V°B°
ELABORACIÓN	Departamento de Gestión de Compra de Prestaciones de Salud	 Firmado digitalmente por GALARZA VICUÑA Ana Melissa FAU 20144364059 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 07.09.2026 16:03:47 -05:00
REVISIÓN	Departamento de Gestión de Fondos de Aseguramiento en Salud	 Firmado digitalmente por VALENCIA BAUTISTA Sharyn Evelyn FAU 20144364059 hard Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 07.09.2026 16:54:45 -05:00
	Departamento de Gestión del Asegurado	 Firmado digitalmente por PAREDES CURILLA Silvia Fior FAU 20144364059 hard Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 07.09.2026 16:29:42 -05:00
	Departamento de Gestión de Siniestros	 Firmado digitalmente por CARDENAS PEREZ Stefania Karolina FAU 20144364059 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 07.09.2026 16:19:40 -05:00
	Oficina General de Tecnología de la Información	 Firmado digitalmente por PAREDES CURILLA Silvia Fior FAU 20144364059 hard Motivo: Doy V° B° Fecha: 08.09.2026 07:53:29 -05:00
	Departamento. de Planeamiento y Presupuesto	 Firmado digitalmente por CONCHA LOAIZA Jorge Joseph FAU 20144364059 hard Motivo: Doy V° B° Fecha: 15.09.2026 13:09:56 -05:00
	Departamento de Asesoría Legal	 Firmado digitalmente por ROJAS CCAHUANA Bruno FAU 20144364059 soft Motivo: Doy V° B° Fecha: 15.09.2026 13:06:10 -05:00

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I GENERALIDADES	4
1.- OBJETO	4
2.- FINALIDAD	4
3.- ALCANCE	4
4.- VIGENCIA.....	4
5.- BASE LEGAL	4
6.- ACRÓNIMOS	5
7.- DEFINICIONES.....	6
CAPÍTULO II DISPOSICIONES GENERALES.....	10
1.- PROCESO DE COMPRA DE PRESTACIÓN DE SALUD.....	10
2.- PROCESO DE COMPRA DE PRESTACIÓN DE SALUD EN EMERGENCIA MÉDICA Y/O QUIRÚRGICA.....	10
3.- REQUISITOS PARA EL OTORGAMIENTO DE LA CARTA DE GARANTÍA	11
4.- ANULACIÓN DE LA CARTA DE GARANTÍA.....	12
5.- REMISIÓN DEL EXPEDIENTE DE COMPRA Y FACTURACIÓN POR PARTE DE LAS IPRES EXTRA INSTITUCIONALES.....	12
6.- REEMBOLSO POR GASTOS MÉDICOS	13
CAPÍTULO III DISPOSICIONES ESPECÍFICAS	14
1.- INICIO DE LA COMPRA DE PRESTACIONES DE SALUD.....	14
2.- REVISIÓN Y EVALUACIÓN DE LA PRE CARTA DE GARANTÍA Y EXPEDIENTE DIGITAL	16
3.- APROBACIÓN DE LA CARTA DE GARANTÍA	18
4.- LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS	18
5.- PROCEDIMIENTO PARA EL REEMBOLSO	22
CAPÍTULO IV RESPONSABILIDADES	24
1.- DE LA DIRECCIÓN EJECUTIVA.....	24
2.- DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE COMPRA DE PRESTACIONES DE SALUD.....	24
3.- DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE SINIESTROS	26
4.- DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DEL ASEGURADO	26

5.- DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD	26
6.- DE LA OFICINA GENERAL DE TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN 27	
7.- DE LOS ASEGURADOS O AFILIADOS A LA IAFAS-FOSFAP	27
ANEXO “A” DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA EMISION DE LA CARTA DE GARANTIA.....	28
ANEXO “B” SOLICITUD DE REEMBOLSO	29
ANEXO “C” REQUISITOS PARA SOLICITAR EL REEMBOLSO.....	30
ANEXO “D” FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA	31
ANEXO “E” FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA EL REEMBOLSO A CUENTA BANCARIA.....	32
ANEXO “F” CONTROL DE DOCUMENTOS DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE SINIESTROS.....	33
ANEXO “G” FORMATO DE INFORME DE AUDITORÍA MÉDICA	34
ANEXO “H” FORMATO DE HOJA DE OBSERVACIONES	35
ANEXO “I” DIAGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DE COMPRA DE PRESTACIONES DE SALUD - AMBULATORIA	36
ANEXO “J” DIAGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DE COMPRA DE PRESTACIONES DE SALUD – EMERGENCIA Y/O QUIRÚRGICA.....	38
ANEXO “K” DIAGRAMA DEL PROCEDIMIENTO PARA LA LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS	39
ANEXO “L” DIAGRAMA DEL PROCEDIMIENTO PARA EL REEMBOLSO	40

CAPÍTULO I

GENERALIDADES

1.- OBJETO

Establecer disposiciones para la compra de prestaciones de salud a favor de los beneficiarios de la IAFAS – FOSFAP de acuerdo a la cobertura de los Planes de Aseguramiento en Salud.

2.- FINALIDAD

Garantizar la atención integral de salud de los beneficiarios de la IAFAS-FOSFAP a través de la compra de prestaciones de salud, requeridas ante la falta de capacidad resolutive de las IPRESS FAP, que permita atender las necesidades de salud con oportunidad, eficacia y eficiencia.

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 Cadetes y Alumnos, de acuerdo a cada plan de aseguramiento de salud.

4.- VIGENCIA

La presente Directiva se mantendrá vigente hasta que sea actualizada por una nueva versión.

5.- BASE LEGAL

- a.- La Constitución Política del Perú de 1993.
- b.- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- c.- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- d.- Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.
- e.- Decreto Legislativo N° 1173, Decreto Legislativo de las Instituciones Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas.
- f.- Decreto Legislativo N° 1302, Decreto Legislativo que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público.
- g.- Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344.
- h.- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el TUO de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

- i.- Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414.
- j.- Decreto Supremo N° 010-2016-SA, disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas.
- k.- Decreto Supremo N° 009-2017-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30024.
- l.- Decreto Supremo N° 012-2019-SA, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1302.
- m.- Decreto Supremo N° 007-2025-DE, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1173.
- n.- Decreto Supremo N° 06-2026-JUS, que aprueba el TUO de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- o.- Resolución Ministerial N° 751-2004-MINSA, que aprueba la NT N° 018-MINSA/DGSP-V01: “Norma Técnica del sistema de referencia y contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud”
- p.- Resolución Ministerial N° 386-2006-MINSA, que aprueba la NTS N° 042-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica de Salud de los servicios de emergencia”
- q.- Resolución Ministerial N° 214-2018-MINSA, que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: “Norma Técnica de Salud para la gestión de la historia clínica”
- r.- 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”.
- s.- Resolución Directoral N° 0075 IAFAS – FOSFAP, que aprueba el Reglamento Interno de la IAFAS – FOSFAP.

6.- ACRÓNIMOS

- a.- **CI:** Carné de Identificación (Titular militar).
- b.- **CIF:** Carné de Identificación Familiar (Derechohabientes y familiares inscritos).
- c.- **CPMS:** Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios.
- d.- **DEFOS:** Dirección Ejecutiva del Fondo de Salud.
- e.- **DIGPE:** Dirección General de Personal.
- f.- **DNI:** Documento Nacional de Identidad.
- g.- **FAP:** Fuerza Aérea del Perú.
- h.- **IAFAS:** Institución administradora de fondos de aseguramiento en salud.
- i.- **IAFAS – FOSFAP:** Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud de la Fuerza Aérea del Perú.
- j.- **IPRESS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- k.- **ODIF:** Oficina descentralizada de la IAFAS – FOSFAP.
- l.- **PAUS:** Plataforma de Atención al Usuario en Salud.

- m.- PEAS:** Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.
- n.- CIE:** Clasificación Internacional de Enfermedades.
- o.- TUO:** Texto Único Ordenado.
- p.- UGIPRESS:** Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

7.- DEFINICIONES

- a.- Asegurados o afiliados:** Todo beneficiario que cuente con cobertura de alguno de los planes de aseguramiento en salud financiados por la IAFAS-FOSFAP.
- b.- Atención Integral de Salud:** Comprende las prestaciones de salud brindadas a los beneficiarios de la IAFAS – FOSFAP a través de las IPRESS públicas, privadas o mixtas. Proceso por el cual se satisface las necesidades de salud mediante la prestación continua y con calidad de los cuidados esenciales de los programas de atención médica considerando las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, de acuerdo a las condiciones establecidas en los respectivos planes de aseguramiento en salud.
- c.- Auditoría Médica:** Acto Médico realizado por profesionales médicos, que no han participado en la producción de datos o la información, ni en la atención médica. Es la revisión detallada de registros y procesos médicos seleccionados con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica brindada. Incluye los aspectos de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación en salud, así como el diagnóstico, tratamiento y evolución, y el uso de recursos, según corresponda.
- d.- Auditoría en Salud:** Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud respecto a todo el proceso de atención realizada o sobre un aspecto en particular (de enfermería, obstetricia, u otros); es llevada a cabo por profesionales de salud, capacitados y formados para realizar Auditoría de la Calidad. Puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada.
- e.- Auditoría de Gestión Clínica:** Una modalidad de Auditoría de Gestión aplicada a los establecimientos y servicios de salud, que puede motivar oportunidades de mejoras en términos de eficiencia, efectividad, cobertura, costos, y calidad de la atención brindada. En este caso la calidad es enfocada desde la perspectiva del conjunto de atenciones ofrecidas, y no desde la atención individual. Evalúa los indicadores de rendimiento de los servicios asistenciales, la calidad de los registros, la verificación de la aplicación de normas y reglas respecto a la

atención brindada, y la evaluación de los procesos administrativos propios del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. Está orientada a mejorar la efectividad, eficiencia y economía en el uso de sus recursos. Comprende la auditoría de registros, auditoría de seguros, auditoría de procesos de gestión, entre otros.

- f.- Beneficiarios:** Es el personal militar, sus derechohabientes y familiares inscritos en el Sistema de Personal de la DIGPE, así como Cadetes y Alumnos.
- g.- Capacidad Resolutiva:** Capacidad que tienen las Redes de Salud e IPRESS para satisfacer las necesidades de salud de los asegurados con tecnología sanitaria adecuada, recursos humanos, y condiciones generales, según nivel de complejidad.
- h.- Carta de Garantía:** Documento emitido por la IAFAS – FOSFAP que autoriza y se compromete al pago de la atención de los afiliados en una IPRESS que mantienen convenio/contrato vigente con la IAFAS-FOSFAP y asegura que la prestación está respaldada por ella. Tiene vigencia de treinta (30) días calendario, para ser utilizado por el beneficiario ante la IPRESS.
- i.- Cartera de servicios de salud:** Es el conjunto de diferentes prestaciones de salud que brindan las IPRESS en los tres niveles de atención de acuerdo a su capacidad resolutiva y capacidad de oferta. Incluye prestaciones de salud en promoción de la salud, prevención del riesgo o enfermedad, recuperación y rehabilitación de salud.
- j.- Cobertura:** Protección contra pérdidas específicas por problemas de salud, extendida bajo los términos de un contrato de aseguramiento.
- k.- 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.
- l.- 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.
- m.- 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.

- n.- Derechohabiente:** Son el cónyuge o concubino reconocido de acuerdo a la normativa aplicable, previamente inscrito en el Sistema de Personal de la DIGPE; el hijo menor de edad o el mayor de edad con incapacidad total y permanente para el trabajo; y, los hijos mayores de edad hasta cumplir los 28 años con las siguientes condiciones: ser solteros; sin hijos, que acrediten seguir estudios en centro de educación superior y no estén ejerciendo actividad económica profesional o técnica.
- o.- 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 por la IPRESS como prioridad I y II.
- p.- Exclusiones:** Conjunto de intervenciones, prestaciones o gastos no cubiertos por la IAFAS-FOSFAP, detallados en los planes de aseguramiento en salud.
- q.- Facturación:** Proceso que emite el área contable para realizar el cobro de los servicios y/o productos de salud brindados a favor del asegurado.
- r.- Familiares inscritos:** Familiar del titular militar hasta el primer grado de consanguinidad ascendente (padres) inscritos en el sistema de personal de la DIGPE y que cumpla las condiciones detalladas en el Plan Complementario financiado por la IAFAS-FOSFAP.
- s.- 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.
- t.- Intercambio Prestacional en Salud:** Acciones de articulación interinstitucional que garantizan el otorgamiento y financiamiento de las prestaciones de salud centradas en el ciudadano, entre IAFAS, UGIPRESS e IPRESS, generando una mayor cobertura prestacional y utilizando en forma eficiente la oferta pública disponible a nivel nacional.
- u.- 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 convenios/contratos suscritos entre las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS.

- v.- Petitorio FAP:** Contiene la relación de medicamentos seleccionados por la FAP para la atención de su población adscrita, clasificados por grupo farmacoterapéutico y dispuestos en orden alfabético.
- w.- Plan Complementario:** Son aquellos que complementan al PEAS, y son ofertadas por las IAFAS-FOSFAP a los asegurados al PEAS. La regulación de estos planes, así como la fiscalización del cumplimiento están a cargo de SUSALUD.
- x.- 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.
- y.- 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.
- z.- Póliza:** Es un contrato legal que establece las condiciones, derechos y obligaciones entre el asegurado y la compañía de seguros.
- aa.- Prestación de salud:** Es la unidad básica que describe los procedimientos realizados para la atención de las condiciones de salud de los asegurados.
- bb.- Prima o Aporte:** Es la retribución abonada por el asegurado potestativo como contraprestación del plan de seguro otorgado.
- cc.- 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.
- dd.- Reembolso:** Es la devolución parcial y/o total, según corresponda, de los gastos realizados por los afiliados en una atención médica particular, que pueden ser por concepto de honorarios médicos, exámenes, procedimientos y medicinas, y que cumplan las condiciones señaladas por la IAFAS-FOSFAP.
- ee.- Titular:** Personal Militar beneficiario; así como los Cadetes y Alumnos de los Centros de Formación de la FAP.

CAPÍTULO II

DISPOSICIONES GENERALES

1.- PROCESO DE COMPRA DE PRESTACIÓN DE SALUD

- a.- Los asegurados deben atenderse preferentemente en las IPRESS FAP a nivel nacional.
- b.- Solamente en caso de falta de capacidad resolutive de las IPRESS FAP, la atención de salud se realizará en IPRESS extra institucional, cuyo convenio/contrato de intercambio prestacional se encuentre vigente, previo requerimiento por la IPRESS FAP y autorizada por la IAFAS – FOSFAP, de acuerdo al siguiente detalle:
 - 1) Plan Específico de Salud : Solo en IPRESS Públicas.
 - 2) Planes Complementarios : En IPRESS Públicas e IPRESS privadas.
- c.- Cuando no exista IPRESS FAP en la zona geográfica donde se encuentre el asegurado, la IAFAS-FOSFAP orienta al afiliado sobre las IPRESS extra institucional con convenio/contrato de intercambio prestacional vigente, donde podría acudir de acuerdo a lo establecido en el subpárrafo b.- párrafo 1.- Capítulo III de la presente Directiva.
- d.- En caso que, en la zona geográfica no exista IPRESS FAP ni IPRESS extra institucional con convenio/contrato de intercambio prestacional vigente, el afiliado o asegurado se encuentra en la facultad de dirigirse de forma directa a la IPRESS extra institucional que considere pertinente, teniendo en consideración que deberá cumplir los requisitos mínimos detallados en el subpárrafo a.- al f.- del párrafo 3.- Capítulo II de la presente Directiva y que en el plazo máximo de treinta (30) días calendarios de realizada la prestación de salud, deberá iniciar el procedimiento de reembolso detallado en el párrafo 5.- del Capítulo III de la presente Directiva.

2.- PROCESO DE COMPRA DE PRESTACIÓN DE SALUD EN EMERGENCIA MÉDICA Y/O QUIRÚRGICA

- a.- Todo afiliado que se encuentre en estado de emergencia puede acudir a cualquier establecimiento de salud para atención médico quirúrgica de emergencia, mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida y salud.

- b.- En caso el afiliado asista a una IPRESS extra institucional con convenio/contrato de intercambio prestacional vigente con la IAFAS-FOSFAP, la misma IPRESS deberá informar el diagnóstico de ingreso y la proyección de gastos al Departamento de Gestión de Siniestros a través del correo auditoriamedicaiafasfap@gmail.com, con copia a la ODIF competente (Lima: por prestaciones realizadas en el radio metropolitano o en caso no exista ODIF en provincia; Provincia: por prestaciones realizadas en la jurisdicción), en un plazo máximo de veinticuatro (24) horas, salvo plazo distinto indicado en el convenio/contrato, a fin de evaluar y determinar sobre la procedencia a continuar con el procedimiento de la emisión de la Carta de Garantía, de corresponder. Una vez autorizada la prestación, se continua con los procedimientos detallados en el subpárrafo c.- párrafo 1.- Capítulo III de la presente Directiva.
- c.- Cuando el afiliado asista a una IPRESS extra institucional sin convenio/contrato de intercambio prestacional con la IAFAS-FOSFAP, deberá presentar los documentos detallados en los Anexos “B”, “C”, “D” y “E” de la presente Directiva, como máximo en treinta (30) días calendarios posteriores al otorgamiento del alta médica, para el reembolso correspondiente, salvo los casos que dicha IPRESS coordine de forma directa con la IAFAS-FOSFAP, para el pago correspondiente, remitiendo los documentos detallados del subpárrafo b.- al subpárrafo g.- párrafo 5.- Capítulo II de la presente Directiva.
- d.- Una vez ya no exista estado de grave riesgo para la vida y salud del asegurado o afiliado y el médico tratante otorgue el alta correspondiente, los cuidados posteriores a la emergencia deberán realizarse en las IPRESS FAP y solo cuando no tenga capacidad resolutoria, por IPRESS extra institucional con un convenio/contrato de intercambio prestacional vigente con la IAFAS-FOSFAP.
- e.- En caso el Departamento de Gestión de Siniestros identifique que la prestación de salud no es considerada como emergencia médica y/o quirúrgica, los gastos realizados en IPRESS extra institucionales (con convenio y sin convenio vigente) no serán asumidos por la IAFAS-FOSFAP quedando a entera responsabilidad del afiliado o asegurado.

3.- REQUISITOS PARA EL OTORGAMIENTO DE LA CARTA DE GARANTÍA

Para el otorgamiento de la Carta de Garantía, el asegurado o afiliado deberá cumplir como mínimo los siguientes requisitos:

Directiva Administrativa N° 003-2026/IFGC

- a.- Estar afiliado al plan de aseguramiento en salud ofertado por la IAFASFOSFAP, que se requiera.
- b.- Contar con el CI y CIF vigente, así como estar inscrito en el Sistema de Personal de la DIGPE.
- c.- Contar con póliza firmada del plan específico de salud y del plan complementario que corresponda.
- d.- Haber cumplido el periodo de carencia de acuerdo al plan de aseguramiento de salud adscrito.
- e.- Tener activo el Plan de Salud Complementario Oncológico Familiar o Plan de Salud Complementario Oncológico Padres, en caso se realicen atenciones oncológicas.
- f.- Tratarse de una prestación de servicios incluida dentro de los beneficios del plan de aseguramiento de salud correspondiente.
- g.- Contar con hoja de referencia y los documentos emitidos por el médico de la IPRESS FAP, salvo en casos de emergencia o que se trate de zonas geográficas que no cuentan con IPRESS FAP.

4.- ANULACIÓN DE LA CARTA DE GARANTÍA

La Carta de garantía será anulada por el Departamento de Gestión de Compra de Prestaciones de Salud, en los siguientes casos:

- a.- Cuando la IPRESS extra institucional no atienda al afiliado o asegurado dentro de la vigencia de la Carta de Garantía.
- b.- Por error material y/o error administrativo, previo sustento del personal encargado del registro de la pre carta de garantía.
- c.- Cuando la prestación de salud no cumpla las características y condiciones ofrecidas, tratándose de prestaciones excluidas o de personas que no se encuentran afiliadas a la IAFAS-FOSFAP.

La anulación de la Carta de Garantía deja sin efecto las liquidaciones posteriores.

5.- REMISIÓN DEL EXPEDIENTE DE COMPRA Y FACTURACIÓN POR PARTE DE LAS IPRES EXTRA INSTITUCIONALES

Una vez realizada la prestación de salud, la IPRESS extra institucional remite la siguiente documentación a través de la Mesa de Partes Digital de la IAFAS – FOSFAP, para la validación y conformidad, y el posterior pago cuando el expediente sea remitido

al Departamento de Gestión de Fondos de Aseguramiento en Salud, de ser el caso:

- a.- Carta de Garantía emitida por la IAFAS – FOSFAP a favor de la IPRESS.
- b.- Factura a nombre de la IAFAS – FOSFAP – 1 Carta de Garantía por 1 Factura.
- c.- Constancia de consulta del comprobante emitido por la SUNAT.
- d.- Liquidación detallada de los gastos incurridos, incluyendo los gastos que asumió el afiliado por concepto de copagos y gastos no cubiertos.
- e.- Copia de la historia clínica donde se evidencie las atenciones brindadas al afiliado de la IAFAS-FOSFAP, en forma ordenada y legible de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 30024, su Reglamento y la Resolución Ministerial N° 214-2018-MINSA.
- f.- Copia del Comprobante de pago referente a los pagos realizados por el afiliado respecto a los copagos y gastos no cubiertos.
- g.- Hoja de Contrarreferencia emitido por el médico de la IPRESS extra institucional.
- h.- Otros que considere pertinente la IAFAS-FOSFAP.

6.- REEMBOLSO POR GASTOS MÉDICOS

- a.- La IAFAS-FOSFAP realiza el reembolso por gastos en atenciones médico – quirúrgicas efectuadas en IPRESS Extra FAP a nivel nacional, en los siguientes casos:
 - 1) Emergencias tipo I y II en IPRESS extra institucionales sin convenio/contrato de intercambio prestacional con la IAFAS-FOSFAP.
 - 2) Atenciones ambulatorias a afiliados en zonas geográficas del territorio nacional que no cuenten con IPRESS FAP ni IPRESS extra institucionales de convenio/contrato, detallados en el subpárrafo d.- párrafo 1.- Capítulo II de la presente Directiva.
 - 3) Atenciones ambulatorias a afiliados en zonas geográficas del territorio nacional donde las IPRESS FAP o IPRESS extra institucionales de convenio/contrato no cuenten con la capacidad resolutive para brindar la prestación de salud solicitada, previa autorización del Departamento de Gestión de Siniestros.

- 4) Medicamentos que cuenten con la validación de pertinencia médica por parte del Departamento de Gestión de Siniestros de la IAFAS – FOSFAP y que se encuentren en el Petitorio farmacológico de la institución o en su defecto las medicinas del PNUME de las prestaciones de salud brindadas en zonas geográficas del territorio nacional que no cuenten con IPRESS FAP ni IPRESS extra institucionales de convenio/contrato.

Todos los casos antes detallados están sometidos a auditoría por parte del Departamento de Gestión de Siniestros y se sujetan a los copagos y deducibles detallados en el plan de aseguramiento en salud que corresponda, por lo que, el monto del reembolso puede ser menor al monto de la boleta presentada.

- b.- Para acceder al reembolso por gastos en atenciones médicas y farmacológicas efectuadas en IPRESS Extra FAP a nivel nacional, el afiliado o asegurado deberá presentar la Solicitud de reembolso (Anexo “B”) y los documentos detallados en el Anexo “C” de la presente Directiva.

CAPÍTULO III

DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

1.- INICIO DE LA COMPRA DE PRESTACIONES DE SALUD

- a.- En caso que la IPRESS FAP no cuente con la capacidad resolutoria para brindar una prestación de salud al asegurado o afiliado, se procede a lo siguiente:
 - 1) En Lima, las IPRESS FAP presentan a la ODIF Lima ubicado en la PAUS (Primer piso del Hospital Central FAP) los documentos detallados en el Anexo “A” de la presente Directiva.
 - 2) En provincia, las IPRESS FAP presentan ante las ODIF Provincia los documentos detallados en el Anexo “A” de la presente Directiva.
- b.- En caso que no exista IPRESS FAP en la zona geográfica donde se encuentre el asegurado, los asegurados o afiliados se comunican con el Call Center de la IAFAS-FOSFAP, a fin de recibir orientación de las IPRESS extra institucionales con convenio/contrato vigente cercanas a su zona geográfica. Una vez que el afiliado es recibido por la IPRESS, la misma

comunica al Departamento de Gestión de Siniestros al correo auditoriamedicaiafasfap@gmail.com para la autorización correspondiente y, posteriormente, dicho Departamento remite vía correo a la ODIF Lima: cartasdegarantia.iafasfosfap@gmail.com, para continuar con el trámite correspondiente.

- c.- Una vez recibida la información por parte de la ODIF, en el plazo de dos (02) días hábiles, realiza las siguientes acciones:
- 1) Verifica que el afiliado o asegurado cuente con el Plan de Aseguramiento en Salud ofertado que se requiera y póliza firmada.
 - a) En caso que el afiliado o asegurado no se encuentre adscrito al plan requerido, la ODIF comunicará la imposibilidad de continuar con el trámite de la compra de prestación de servicio, concluyendo el procedimiento.
 - b) En caso que el afiliado o asegurado no cuente con póliza firmada, la ODIF solicita al afiliado o asegurado que regularice la firma correspondiente con el Departamento de Gestión del Asegurado, comunicándose al correo afiliacion.iafas@iafasfap.gob.pe.
 - 2) Revisa que la prestación de salud se encuentre detallado en el tarifario del convenio/contrato vigente. En caso no se encuentre contemplado, realiza la solicitud de cotización con la IPRESS extra institucional, otorgándole como máximo el plazo de dos (02) días hábiles para atender la solicitud, la cual deber ser comunicada de forma expedita al Departamento de Gestión de Compra de Prestaciones de Salud al correo conveniosdesalud.iafasfap@gmail.com, para su registro correspondiente en el “Sistema de Gestión de Cartas de Garantía”. En caso que ninguna IPRESS extra institucional de convenio/contrato conteste la solicitud de cotización en el plazo antes indicado, deberá comunicar dicha situación al Departamento de Gestión de Compra de Prestaciones de Salud para que se realicen las coordinaciones correspondientes de forma directa en el plazo máximo de cinco (05) días hábiles.
 - 3) Realiza la validación administrativa de los documentos, así como la actualización de los datos personales del titular militar y sus derechohabientes.

- 4) Registra los códigos CIE-10 y CPMS detallados en la hoja de referencia al “Sistema de Gestión de Cartas de Garantía”, así como la carga de la documentación física escaneada.
 - 5) En caso que ninguna IPRESS extra institucional de convenio/contrato cuente con capacidad resolutive para atender la prestación de salud solicitada, la ODIF comunicará dicha situación al Departamento de Gestión de Siniestros al correo auditoriamedicaiafasfap@gmail.com, en el plazo máximo de un (1) día de recibida la documentación de parte del afiliado, para que otorgue la autorización previa al afiliado para que acuda a una IPRESS que cuente con la capacidad resolutive para la atención requerida, sujetándose a las condiciones de reembolso.
- d.- Finalizando esta etapa, en el “Sistema de Gestión de Cartas de Garantía” se crea la pre carta de garantía con su respectivo expediente digital.

2.- REVISIÓN Y EVALUACIÓN DE LA PRE CARTA DE GARANTÍA Y EXPEDIENTE DIGITAL

- a.- Con la pre carta de garantía y el expediente digital en el “Sistema de Gestión de Cartas de Garantía”, el Departamento de Gestión de Siniestros realiza las siguientes acciones en el plazo de tres (03) días hábiles:
- 1) Realiza la verificación de la siguiente información:
 - a) Que la prestación de salud solicitada en la pre carta de garantía corresponda a lo solicitado en la hoja de referencia.
 - b) Que los copagos diferenciados por cada prestación de salud se encuentren acordes al plan de aseguramiento en salud adscrito.
 - c) Que la prestación de salud solicitada cuente con pertinencia médica acorde a las guías de práctica clínica.
 - d) Que la prestación de salud solicitada se encuentre coberturada por el plan de aseguramiento en salud adscrito.

- e) Que el afiliado cuente con saldo disponible en su cobertura anual de acuerdo a cada plan de aseguramiento de salud.
- 2) Emite la siguiente decisión, detallando los motivos en el “Sistema de Gestión de Cartas de Garantía”:
 - a) Aprobado: Cuando los datos ingresados en el “Sistema de Gestión de Cartas de Garantía” cumplan los puntos detallados en el inciso 1), subpárrafo a.-, párrafo 2.-, Capítulo III de la presente Directiva.
 - b) Observado: Cuando se presente alguna de las siguientes causales:
 - (1) Incongruencia en la información detallada en los sub incisos a), b) y c), inciso 1), subpárrafo a.-, párrafo 2.-, Capítulo III de la presente Directiva. En este caso, se le otorga el plazo de un (1) día hábil a la ODIF para que realice las correcciones correspondientes.
 - (2) Incongruencia existente en la información y/o documentación cargada por la ODIF. En este caso, se le otorga el plazo de un (1) día hábil a la ODIF para que realice las correcciones correspondientes.
 - (3) En caso la ODIF advierta que la información a subsanar debe ser requerida y/o precisada al afiliado o a la propia IPRESS FAP, se le otorgará, excepcionalmente, el plazo de dos (2) días hábiles adicionales.
 - c) Rechazado: Cuando ocurra alguna de las siguientes causales:
 - (1) Cuando la prestación de salud se encuentre en exclusiones de los planes de aseguramiento de salud ofertados por la IAFAS – FOSFAP.
 - (2) Cuando el afiliado no tenga saldo disponible en su cobertura anual.
 - (3) En caso la ODIF no logre levantar las observaciones dentro del plazo detallado en el acápite (3), subinciso b), inciso 2), subpárrafo a.- párrafo 2.-, Capítulo III de la presente Directiva, concluyendo con el procedimiento.

- 3) Tanto en el caso de observado detallado en el acápite (3), subinciso b), inciso 2), subpárrafo a.-, párrafo 2.-, Capítulo III de la presente Directiva, como los casos de rechazado descritos en el subinciso c) inciso 2) subpárrafo a.- párrafo 2.- Capítulo III de la presente Directiva, la ODIF comunica tal situación al afiliado, a través del correo electrónico registrado, en el plazo máximo de un (1) día hábil.
- 4) Una vez aprobada la pre carta de garantía por el Departamento de Gestión de Siniestros, el Departamento de Gestión de Compra de Prestaciones de Salud, en el plazo máximo de dos (2) días hábiles, determina la IPRESS extra institucional más adecuada para la atención del asegurado o afiliado, teniendo en consideración la evaluación de los tarifarios vigentes en los convenios/contratos de intercambio prestacional vigente y/o de las cotizaciones detalladas en el inciso 2), subpárrafo c.-, párrafo 1.-, Capítulo III de la presente Directiva.
- 5) Identificada la IPRESS extra institucional con convenio/contrato vigente donde se atenderá el asegurado o afiliado, el Departamento de Gestión de Compra de Prestaciones de Salud consolida toda la información y lo envía para revisión y firma de la Dirección Ejecutiva de la IAFAS – FOSFAP.

3.- APROBACIÓN DE LA CARTA DE GARANTÍA

- a.- El Director o Subdirector Ejecutivo de la IAFAS – FOSFAP revisa y firma digitalmente la Carta de Garantía.
- b.- Una vez aprobada la Carta de Garantía esta es distribuida automáticamente a través del “Sistema de Gestión de Cartas de Garantía” al correo del afiliado debidamente registrado y a la IPRESS extra institucional.

4.- LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

- a.- Recibido el “Expediente de Compra y Facturación” por parte de la IAFAS – FOSFAP, se contabiliza el plazo de veinte (20) días hábiles para que el Departamento de Gestión de Siniestros realice los siguientes procedimientos:
 - 1) Clasificar los expedientes en Titulares, Derechohabientes y Padres acorde a los planes de aseguramiento en salud ofertado por la IAFAS – FOSFAP. Asimismo, asigna un número correlativo de registro de auditoría al expediente

de facturación, cuya numeración es ingresado al Sistema DEFOS.

- 2) Realizar la validación del siniestro correspondiente, el cual consiste en lo siguiente:
 - a) Verificar los datos del paciente y documentación completa de acuerdo a lo señalado en el párrafo 5.- Capítulo II de la presente Directiva.
 - b) Verificar la pertinencia médica en concordancia con guías de prácticas clínicas y medicina basada en evidencia teniendo en cuenta costo, cobertura, copago y exclusiones del plan de salud, acorde a lo estipulado en los planes de aseguramiento de salud.
 - c) Revisar la liquidación de gastos por atenciones de salud y medicinas dentro y fuera del petitorio FAP y copagos diferenciados de medicinas, de acuerdo al “Manual de normas y facturación, auditoría médica y procesos de atención”, y a lo estipulado en los convenios y/o contratos suscritos con las IPRESS Extra FAP.
 - d) Verificar las evidencias de las prestaciones de salud brindadas (hospitalizaciones, consultas médicas, exámenes de imágenes, de laboratorio, medicamentos, etc.), las cuales se encuentran en las órdenes y recetas médicas respectivas.
 - e) Realizar el Control Administrativo Financiero, el cual consiste en verificar y validar a través de la plataforma web de la SUNAT la documentación contable (Facturas y/o boletas electrónicas, con o sin retención, entre otros), por los servicios prestados de las IPRESS a los afiliados y derechohabientes de la IAFAS – FOSFAP.
- 3) Dentro del plazo de veinte (20) días detallados en el subpárrafo a.-, párrafo 4.-, Capítulo III, el Departamento de Gestión de Siniestros emite la siguiente decisión, detallando los motivos:
 - a) Observado: Cuando no se encuentre conforme a lo detallado en los planes de aseguramiento de salud o los puntos detallados en el inciso 2) subpárrafo a.- párrafo 4.- del Capítulo III de la presente Directiva, consignándose en el formato “Control documentos del Dpto. Gestión de Siniestros” (Anexo “F”) y emitiendo

el Informe de Auditoría Médica (Anexo “G”), el cual es devuelto a la IPRESS extra institucional correspondiente de forma inmediata, para su subsanación en un plazo máximo de veinte (20) días calendarios.

Una vez presentada la subsanación por parte de la IPRESS extra institucional, el Departamento de Gestión de Siniestros tiene el plazo máximo de diez (10) días hábiles para realizar una nueva revisión.

- b) Aprobado: Cuando el “Expediente de Compra y Facturación” se encuentre conforme o la IPRESS extra institucional logre subsanar las observaciones advertidas, consignándose en el formato “Control documentos del Departamento Gestión de Siniestros” (Anexo “F”).
 - c) Rechazado: Se produce en los siguientes casos, no siendo responsabilidad de la IAFAS – FOSFAP realizar el pago de las prestaciones de salud:
 - (1) Cuando la IPRESS extra institucional no logre levantar las observaciones.
 - (2) Cuando la IPRESS extra institucional no presente la subsanación dentro del plazo otorgado.
 - (3) Cuando se trate de prestaciones excluidas en los planes de aseguramiento de salud.
 - (4) Cuando se trate de personas no afiliadas en los planes de aseguramiento de salud.
 - 4) Realizar la liquidación a la IPRESS extra institucional, a través del Sistema DEFOS, acorde a los montos considerados en el reporte de liquidación auditada y Carta de Garantía emitida.
 - 5) Imprimir el documento de Liquidación de Siniestros, a fin de realizar las firmas de conformidad del Médico Auditor y del Jefe del Departamento de Gestión de Siniestros.
- b.- El Departamento de Planeamiento y Presupuesto realiza el compromiso presupuestal en el plazo de un (01) día hábil, el cual consiste en generar la nota de contabilidad correspondiente en el Sistema DEFOS teniendo en cuenta los clasificadores de gasto presupuestal. Posteriormente, remite a

la Sección de Contabilidad del Departamento de Gestión de Fondos de Aseguramiento en Salud.

- c.- Una vez recibido el “Expediente de Compra y Facturación” por parte del Departamento de Gestión de Fondos de Aseguramiento en Salud, se contabiliza el plazo de treinta (30) días hábiles para realizar el pago o comprometerse a efectuar la transferencia, respetando las condiciones establecidas en el convenio/contrato, el cual consiste en lo siguiente:

1) Sección de Contabilidad

- a) Luego del devengado de la Liquidación de Siniestros, generar la liquidación de tributos a través del Sistema DEFOS.
- b) Aplicar el porcentaje de detracción, de acuerdo a la tabla publicada por SUNAT “apéndices del sistema de detracción y sus anexos”, siempre y cuando el monto de la factura o la suma de las facturas de una misma IPRESS por prestaciones de salud sea mayor a los S/701.00 (Setecientos uno con 00/100 soles).
- c) De no aplicar detracción en la(s) factura(s), se deriva la liquidación de siniestros a la Sección de Tesorería.
- d) Una vez ejecutado la actividad descrita en el subinciso b), inciso 1), subpárrafo c.-, párrafo 4, capítulo III, cada quincena o fin de mes genera el número de lote correlativo, carga al portal de la SUNAT y realiza el pago masivo de las detracciones, con el propósito de generar un cargo bancario.

2) Sección de Tesorería

Paralelamente, al subinciso c), inciso 1), subpárrafo c.-, párrafo 4.-, capítulo III, se realiza las siguientes actividades:

- a) Generar el comprobante de pago haciendo uso del Sistema Contable y registrar en el libro auxiliar Control de Cheques y Cartas de Orden.
- b) Refrendar los comprobantes de pago y generar el Token a través de la plataforma BBVA.

- d.- La Dirección Ejecutiva aprueba dicho comprobante y acciona el Token, realizando de esa manera la transferencia de fondos a la IPRESS extra institucional.

5.- PROCEDIMIENTO PARA EL REEMBOLSO

Recibida la Solicitud de reembolso (Anexo “B”) y los documentos detallados en el Anexo “C” de la presente Directiva, el Departamento de Gestión de Sinistros de la IAFAS – FOSFAP, en el plazo de quince (15) días hábiles, realiza los siguientes procedimientos:

- a.- Registra el nombre del titular solicitante del reembolso.
- b.- Evalúa la pertinencia médica de los documentos adjuntos en la Solicitud de Reembolso, teniendo en cuenta las guías de prácticas clínicas y los planes de salud vigentes.
- c.- Verifica y valida la documentación contable (Boletas electrónica, entre otros) requerida por la IAFAS – FOSFAP.
- d.- Emite la siguiente decisión, detallado los motivos:
 - 1) Observado: Si se detecta hallazgos o documentación incompleta, se realiza el registro en el “FORMATO HOJA DE OBSERVACIONES” (Anexo “H”), el cual es informado al afiliado o asegurado, otorgándole el plazo de cinco (5) días hábiles para subsanar las observaciones.

Una vez presentada la subsanación por parte del afiliado, el Departamento de Gestión de Sinistros tiene el plazo máximo de quince (15) días hábiles para realizar una nueva revisión.

- 2) Aprobado: Se registra en el “FORMATO HOJA DE OBSERVACIONES” (Anexo “H”), remitiendo los actuados al Departamento de Gestión de Fondos de Aseguramiento en Salud.
- 3) Rechazado: Se produce en los siguientes casos, no siendo responsabilidad de la IAFAS – FOSFAP realizar el pago por reembolso de las prestaciones de salud:
 - a) Cuando se trate de prestaciones de salud excluidas en los planes de aseguramiento de salud.
 - b) Cuando se trate de prestaciones de salud realizadas fuera del territorio nacional.
 - c) Cuando se trate de gastos por auto prescripción.
 - d) Cuando se trate de personas no afiliadas en los planes de aseguramiento de salud.

- e) Cuando se trate de prestaciones de salud que no sean consideradas como emergencia médica de prioridad tipo I y II, sin autorización previa de la IAFAS-FOSFAP.
 - f) Por copagos y deducibles derivados de atenciones recibidas en otros seguros de salud.
 - g) Por gastos de atenciones en IPRESS no registradas en el RENIPRESS (SUSALUD).
 - h) Cuando no se cumpla con adjuntar de forma concurrente los documentos detallados en el Anexo "C" de la presente Directiva.
 - i) Cuando supere los treinta (30) días calendarios para iniciar el trámite de reembolso, contados desde que se realiza la prestación de salud ambulatoria o el otorgamiento de la alta médica en caso de emergencia.
 - j) Cuando no tenga saldo disponible en su cobertura anual.
 - k) Cuando no se cumplan los requisitos detallados en el subpárrafo a.-, párrafo 6.-, Capítulo II de la presente Directiva.
- e.- Una vez aprobado la solicitud de reembolso (de forma parcial o total), determina el monto total neto a reembolsar teniendo en cuenta los tarifarios y planes de salud vigentes de la IAFAS – FOSFAP.
- f.- Posteriormente, se genera el documento de liquidación de siniestros a través del Sistema DEFOS, para firmas de conformidad del Médico Auditor y Jefe del Departamento de Gestión de Siniestros.
- g.- Finalmente, realizar la actividad descrita en el subpárrafo b.-, párrafo 4.-, capítulo III y las actividades descritas a partir del inciso 2), subpárrafo c.-, párrafo 4.-, capítulo III, teniendo plazo de dos (02) días hábiles.

CAPÍTULO IV

RESPONSABILIDADES

1.- DE LA DIRECCIÓN EJECUTIVA

- a.- Aprobar la Carta de Garantía para la atención de sus afiliados en IPRESS extra institucionales de convenio/contrato.
- b.- Aprobar la transferencia de fondos de aseguramiento de salud para el pago a las IPRESS extra institucionales y/o reembolso del afiliado por las prestaciones de salud efectuadas.

2.- DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE COMPRA DE PRESTACIONES DE SALUD

- a.- Determinar la IPRESS extra institucional de convenio, donde será atendido el asegurado o afiliado, garantizando estándares de calidad y precio de las prestaciones de salud a financiar.
- b.- Identificar, comunicar y actualizar a través del portal institucional de la IAFAS – FOSFAP el listado actualizado de las IPRESS extra institucionales de convenio/contrato de intercambio prestacional vigentes.
- c.- Evaluar y gestionar la firma de convenio/contrato de intercambio prestacional en zonas geográficas donde exista mayor índice de prestaciones de salud por parte de los asegurados o afiliados.
- d.- Mantener actualizado los tarifarios de las IPRESS extra institucionales de convenio/contrato.
- e.- Realizar el control y seguimiento del procedimiento para la emisión de la Carta de Garantía (desde la presentación de documentos para la carga en el “Sistema de Gestión de Cartas de Garantía” hasta su emisión).
- f.- Realizar el control, seguimiento y reporte de las cartas de garantía generadas y anuladas, registrando en el “Sistema de Gestión de Cartas de Garantía” el motivo de la anulación de acuerdo a lo detallado en el párrafo 4.- Capítulo II de la presente Directiva.
- g.- Capacitar y supervisar los procedimientos realizados por las ODIF.

h.- DE LA ODIF

- 1) Recibir los documentos presentados por los asegurados o afiliados, así como de las IPRESS institucionales, determinado la fecha y hora de la recepción.
- 2) Revisar la información presentada por los asegurados o afiliados para el registro de la pre carta de garantía.
- 3) Solicitar al afiliado la firma del “Formato de autorización de notificación al correo electrónico” (Anexo “D”) y remitirlo al Departamento de Gestión del Asegurado, para el registro correspondiente.
- 4) Informar al afiliado o asegurado, a través del correo electrónico registrado, las observaciones y/o rechazo registrado en el “Sistema de Gestión de Cartas de Garantía” en el Departamento de Gestión de Siniestros o Departamento de Gestión de Compra de Prestaciones de Salud.
- 5) Identificar si el afiliado o asegurado se encuentra afiliado a los planes de aseguramiento en salud que solicite, con su respectiva firma de las pólizas.
- 6) Cargar y validar la información de datos personales de los afiliados o asegurados de la IAFAS – FOSFAP, como son correo electrónico, teléfono y dirección, a fin de asegurar la notificación de las comunicaciones realizadas por la entidad.
- 7) Informar inmediatamente al Departamento de Gestión de Compra de Prestaciones de Salud cualquier imprevisto en el “Sistema de Gestión de Cartas de Garantía”, así como cualquier requerimiento de información u otra circunstancia derivadas a la emisión de cartas de garantía.
- 8) Realizar el control y seguimiento de las prestaciones de salud en emergencia médica comunicadas por la IPRESS extra institucional, tal como se refiere el subpárrafo b.-, párrafo 2.- Capítulo II de la presente Directiva, a fin de cumplir el procedimiento y plazos establecidos.
- 9) Llevar un control en registro Excel de todos los documentos presentados por el asegurado o afiliado.

3.- DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE SINIESTROS

- a.- Realizar la validación de las prestaciones de salud mediante la evaluación de la documentación médica y administrativa relacionada con las actividades de atención de emergencia, ambulatoria y de hospitalización, prescripción médica de fármacos y tratamientos médicos, de acuerdo a los planes específicos y complementarios ofertados por la IAFAS – FOSFAP.
- b.- Realizar la auditoría medica concurrente de casos aleatorios o casos de emergencia médica y/o quirúrgica que ameriten dicha evaluación.
- c.- Aprobar, observar o rechazar la solicitud basándose en criterios clínicos y de cobertura.
- d.- Aprobar la autorización para el proceso de reembolso al afiliado, a fin de que pueda acudir a una IPRESS con capacidad resolutive para la atención requerida.
- e.- Emitir reporte de cartas de garantía procesadas con Liquidaciones de Siniestro (L/S).
- f.- Registrar el estado de revisión del “Expediente de Compra y Facturación” y de los Reembolsos solicitados en el drive “Validación Prestacional” y “Reembolsos” respectivamente del año correspondiente.

4.- DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DEL ASEGURADO

- a.- Mantener actualizado el registro de afiliados de la IAFAS – FOSFAP de acuerdo a cada plan de aseguramiento de salud.
- b.- Identificar los afiliados o asegurados de la IAFAS – FOSFAP que no tienen firmada la póliza, registrando el estado de suspensión del financiamiento por las prestaciones de salud.

5.- DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

- a.- Realizar el pago respectivo a las IPRESS extra institucionales, posteriores a los treinta (30) días calendarios de otorgada la conformidad de parte del Departamento de Gestión de Siniestros.
- b.- Realizar el reembolso por gastos en atenciones médico – quirúrgicas efectuadas en IPRESS Extra FAP a nivel nacional,

previa conformidad del Departamento de Gestión de Siniestros y verificación de los documentos detallados en el Anexo “C”.

- c.- Emitir reporte de cartas de garantía, L/S pagadas.

6.- DE LA OFICINA GENERAL DE TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN

- a.- Realizar el mantenimiento adecuado del “Sistema de Gestión de Cartas de Garantía”.
- b.- Brindar apoyo, cuando sea solicitado, a las unidades de organización de la IAFAS – FOSFAP, para la operativización del “Sistema de Gestión de Cartas de Garantía”.

7.- DE LOS ASEGURADOS O AFILIADOS A LA IAFAS-FOSFAP

- a.- Realizar la firma de la póliza correspondiente del plan de aseguramiento en salud.
- b.- Absolver las solicitudes de información realizadas por la ODIF, dentro del plazo otorgado.
- c.- Realizar el pago por copagos y/o deducibles directamente a la IPRESS institucional como extra institucional, de acuerdo a lo detallado en la carta de garantía.
- d.- Informar a la IAFAS – FOSFAP cuando no haga uso de la carta de garantía.
- e.- Presentar la solicitud de reembolso adjuntando los documentos detallados en el Anexo “C” de la presente Directiva y dentro del plazo de treinta (30) días calendarios de producida la prestación de salud por emergencia y/o ambulatoria.
- f.- Respetar los procedimientos detallados en la presente Directiva.

**DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA EMISION
DE LA CARTA DE GARANTIA**

Los documentos presentados, de forma concurrente, por el afiliado a la ODIF para que se inicie el procedimiento de emisión de la Carta de Garantía, son:

1. Hoja de referencia debidamente llenada con letra legible sin enmendaduras, con firma y sello del médico tratante.
2. Informe médico detallado que indique la justificación médica por la cual se solicita la referencia a una IPRESS extra FAP.
3. Copia de DNI y Carnet FAP vigente.
4. Formato de autorización de notificación electrónica (Anexo “D”)

Asimismo, el Departamento de Gestión de Siniestros podrá solicitar información adicional de considerarlo pertinente.

Requisitos específicos

1. Para exámenes auxiliares: Orden médica.
2. Para pacientes continuadores: La documentación que evidencie la necesidad de retornar a la especialidad requerida.



ANEXO "B"

SOLICITUD DE REEMBOLSO

SOLICITUD N° _____

SEÑOR DIRECTOR EJECUTIVO DE LA IAFAS DE LA FUERZA AEREA DEL PERU (FOSFAP)

S.D.E.

DATOS DEL TITULAR:

Nombres y Apellidos

NSA, Grado, Situación: Actividad ☐ Retiro ☐ Disponibilidad ☐

Unidad DNI..... Edad Celular

DATOS DEL REPRESENTANTE:

Nombres y apellidos

DNI Celular Parentesco

Parentesco: Titular ☐ Cónyuge ☐ Hijo (a) ☐ Padre ☐ Madre ☐

Ante ustedes, con el debido respeto me presento y expongo que, habiendo efectuados gastos correspondientes a la atención de tipo:

Emergencia ☐ Consulta Ambulatoria ☐ Exámenes ☐

Solicito se efectúe el reembolso económico, por el monto de S/.....
de acuerdo a los documentos que adjunto (ver Anexo).

NOTIFICAR POR MEDIO DE:

E-mail: Teléfono / Celular:

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

HUELLA
DIGITAL

FIRMA

REQUISITOS PARA SOLICITAR EL REEMBOLSO

Para solicitar el reembolso, deberá presentar como mínimo la siguiente documentación:

1. Solicitud de Reembolso (Anexo B).
2. Sustento de atención médica (orden médica, informe médico y/o recetas donde se consigne el nombre completo del paciente, diagnóstico, sello y firma del médico tratante).
3. Copia de historia clínica por la atención de la emergencia médica, resultados de exámenes y el detallado con costos de laboratorio, farmacia material quirúrgico e insumos.
4. En caso de cirugía u hospitalización, adjuntar copia de la historia clínica, copias del informe médico y/o epicrisis, reporte operatorio, resultado de exámenes y el detallado con costo de laboratorio, farmacia material quirúrgico e insumos.
5. Boleta electrónica a nombre del paciente y/o titular (original y copia), con clara y detallada indicación de los bienes y servicios recibidos, de acuerdo con los requisitos establecidos por la ley.
6. Recibo por honorarios electrónico del profesional de salud (de ser el caso) dirigido a nombre del paciente o titular, clara y detallada indicación de los bienes y servicios recibidos.
7. Copia de DNI.
8. Número de cuenta y CCI del banco al cual se requiere el reembolso (Anexo E)

No se aceptarán tickets, ni facturas a nombre de IAFAS FOSFAP o Fuerza Aérea del Perú.



ANEXO “D”

FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA

Yo, _____, identificada/o con DNI o Carné de Extranjería N° _____, derechohabiente del titular militar _____ identificado con NSA N° _____

declaro ante la IAFAS-FOSFAP, lo siguiente:

Que, me someto voluntariamente a las siguientes reglas de la notificación electrónica de documentación respecto de todo procedimiento iniciado o que se inicie, relacionado con mi condición de solicitante, así como las que se deriven de estas:

- 1.1. Autorizo y señalo expresamente que la dirección de correo electrónico a ser empleada por la IAFAS-FOSFAP, para la notificación electrónica de documentación relacionada con el procedimiento iniciado, a la que se refiere la presente declaración jurada, es la siguiente:
_____.
- 1.2. Autorizo expresamente a la IAFAS-FOSFAP a notificar los documentos que se emitan empleando la notificación electrónica de documentación al correo antes indicado, conforme a lo establecido en el numeral 20.4 del artículo 20 del TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo General aprobado con el Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.
- 1.3. Me comprometo a revisar el correo detallado en el presente documento y, de recibir comunicación de parte de la IAFAS-FOSFAP, confirmar la recepción en el plazo de dos (2) días de notificada la misma.
- 1.4. Me comprometo a comunicar a la IAFAS-FOSFAP el cambio del correo electrónico, indicando que mientras no lo comunique, cualquier documento enviado por IAFAS-FOSFAP se entenderá notificado válidamente en el correo electrónico señalado en el presente formato.
- 1.5. Autorizo que la IAFAS-FOSFAP realice las comunicaciones a través de la App de mensajería instantánea WhatsApp, al siguiente número de celular _____ con la finalidad de agilizar la gestión de los servicios contratados y la comunicación entre ambas partes.

Lima, _____

Firma

Nombre y Apellido: _____

DNI : _____



ANEXO “E”

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA EL REEMBOLSO A CUENTA BANCARIA

Señores:

IAFAS DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ - FOSFAP

ASUNTO: Autorización para el pago de reembolso.

Por medio del presente, comunico a usted el detalle de la cuenta bancaria donde autorizó se realice el reembolso correspondiente:

Nombre del titular de la cuenta (Solo Titular Militar y/o beneficiario de pensión)	
Nombre del Banco	
Tipo de Cuenta (corriente, ahorros, etc.)	
Moneda	SOLES
Número de Cuenta	
Código de Cuenta Interbancario (CCI) (número de 20 dígitos)	

Asimismo, reconozco que la cuenta bancaria descrita es la correcta y no se encuentra bloqueada por ningún motivo. En caso exista algún error en los datos detallados o retención en la cuenta, tales hechos no serán imputados a la IAFAS – FOSFAP, asumiendo la responsabilidad de tales hechos.

Lima, _____

Firma

Nombre y Apellido: _____

DNI : _____

**ANEXO "F"****CONTROL DOCUMENTOS DEL DEPARTAMENTO DE
GESTIÓN DE SINIESTROS**

FECHA RECEPCIÓN		N° REGISTRO AUDITORÍA	
IPRESS		FECHA DE CARGA	
UNIDAD			
INDICATIVO DOC		FECHA DOCUMENTO	
MONTO		TIPO	
FACTURAS:			
PRESTACIONES:			
AUDITORÍA MÉDICA ☐ SIN OBSERVACIONES MÉDICAS ☐ CON OBSERVACIONES MÉDICAS FIRMA DEL MÉDICO AUDITOR INFORME N°			



FORMATO DE INFORME DE AUDITORÍA MÉDICA

INFORME DE AUDITORÍA MÉDICA N° _____

Santiago de Surco,

ASUNTO :

ORIGEN :

AL :

DEL :

1.- Tengo el agrado de dirigirme a esa Jefatura, a fin de remitir el informe de evaluación de Auditoría Médica a la validación prestacional con facturas _____ de la IPRESS Extra FAP _____.

2.- Al respecto, se toma como criterio de evaluación los documentos adjuntados en el expediente de facturación por prestaciones de salud brindadas en la entidad Extra FAP, Manual de Normas de Facturación, auditoría médica y procesos de atención (febrero 2002), normativa interna vigente, y fuentes de medicina basada en evidencia que avale la terapéutica propuesta.

3.- Hallazgos:

- _____
- _____
- _____

4.- Comentarios:

5.- Recomendaciones:

6.- Por lo tanto, mucho agradeceré a esa Jefatura, se sirva elevar información para las acciones correspondientes del caso.

FIRMA Y SELLO

DEL MEDICO AUDITOR



ANEXO "H"

FORMATO DE HOJA DE OBSERVACIONES

IAFAS DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ

FORMATO
DPTO. GESTIÓN DE SINIESTROS

HOJA DE OBSERVACIONES

REFERENCIA:..... UNIDAD:.....
 IPRESS:..... NSA:.....
 NOMBRE TITULAR:..... PARENTESCO.....
 NOMBRE DEL PACIENTE:..... NHC:.....
 DIAGNÓSTICO:..... C.I.E.:.....
 COMPROBANTE DE PAGO:..... MONTO S/:

1) DETALLE: HALLAZGOS / OBSERVACIÓN - MÉDICA

.....

V°B° Y FIRMA DEL AUDITOR MÉDICO

FECHA:

.....

2) DETALLE: HALLAZGOS / OBSERVACIÓN – FINANCIERA

LIQUIDACIÓN

.....

RUBRO	MENSUAL	ANUAL
TOTAL ATENCIÓN		
ONCOFAP / FOSFAP		
TITULAR		
MONTO	S/.....	
Deducible/Obs.	S/.....	
FOSFAP/ONCOFAP	S/.....	
Proced. Liquidación	S/.....	
Reintegro Por	S/.....	

FECHA:

V°B° Y FIRMA DEL AUDITOR MÉDICO

.....

3) LEVANTAMIENTO / ABSOLUCIÓN DE OBSERVACIONES

.....

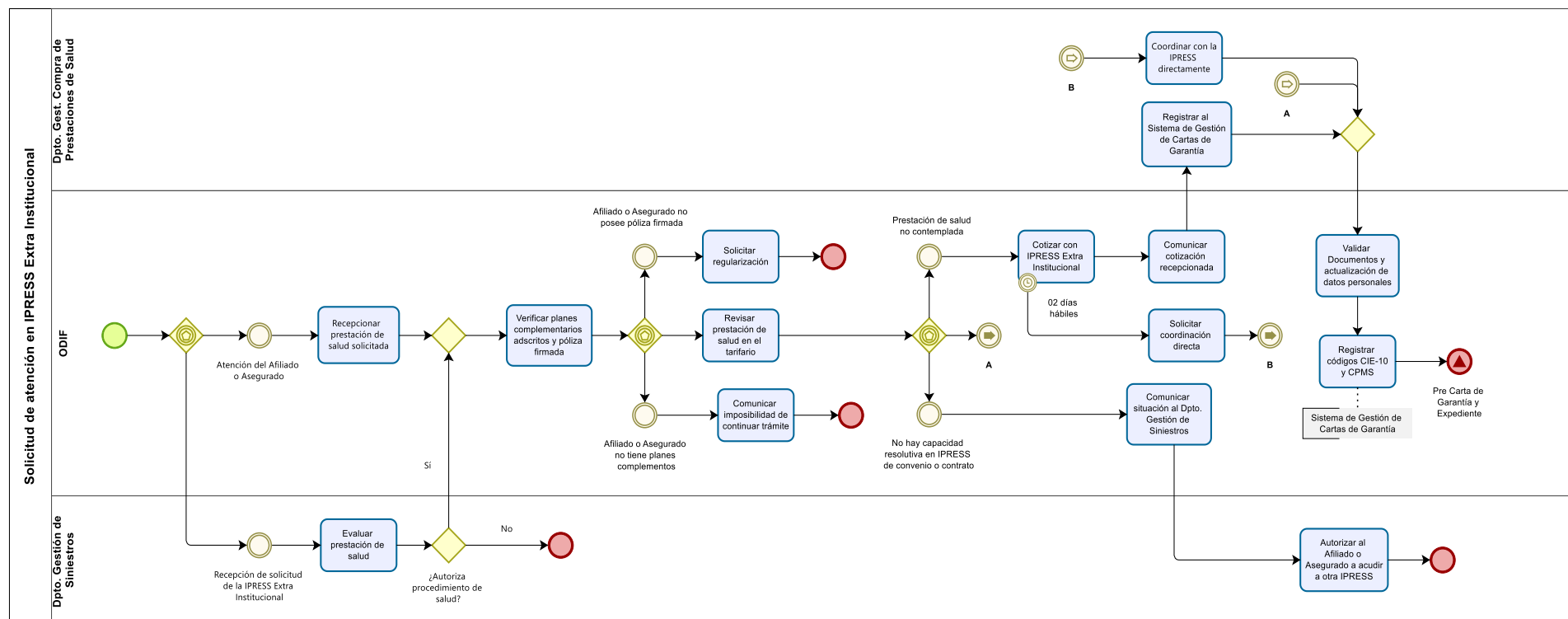
FECHA:

FIRMA: DEL JEFE DEL DPTO. GESTIÓN DE SINIESTROS

El presente formato deberá ser llenado en forma legible y registrado al detalle.
 Es responsabilidad del personal auditor detallar los hallazgos y absoluciones, así como la firma, visación y sello correspondiente, haciéndose responsable de los datos contenidos.

DIAGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DE COMPRA DE PRESTACIONES DE SALUD - AMBULATORIA

1.- Solicitud de atención en IPRESS Extra Institucional



2.- Emisión de Carta de Garantía

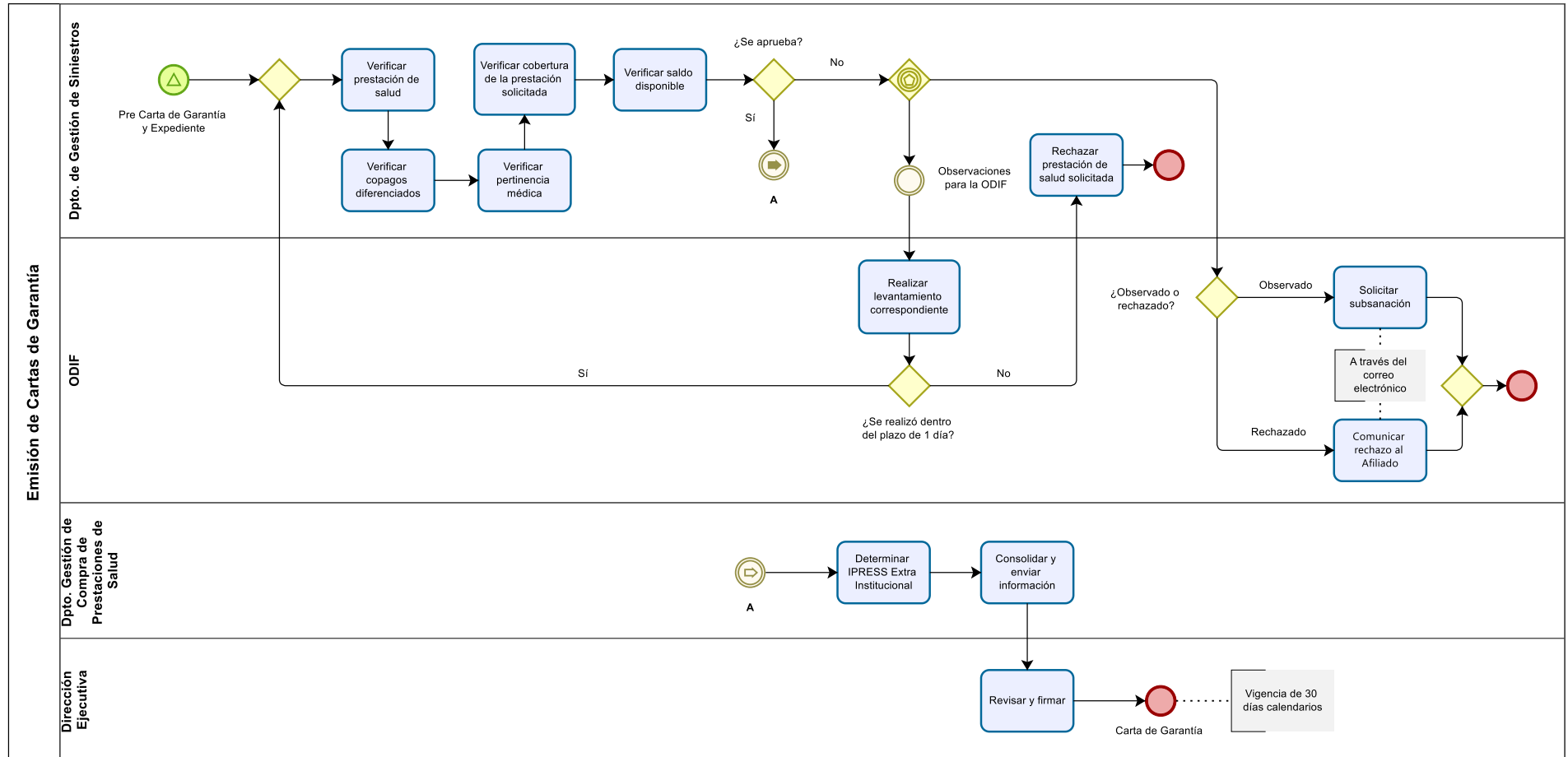
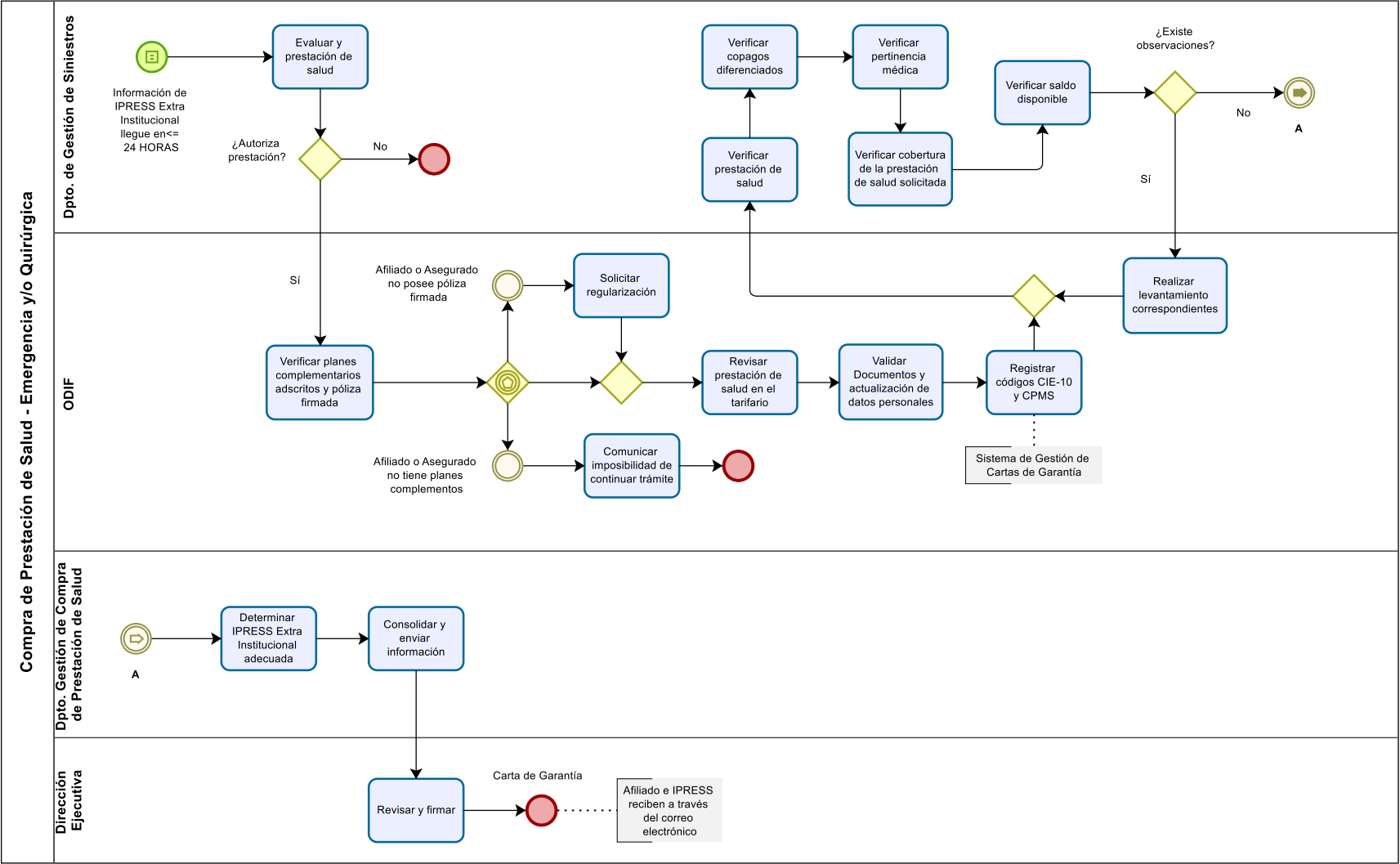


DIAGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DE COMPRA DE PRESTACIONES DE SALUD – EMERGENCIA Y/O QUIRÚRGICA



ANEXO “K”

DIAGRAMA DEL PROCEDIMIENTO PARA LA LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

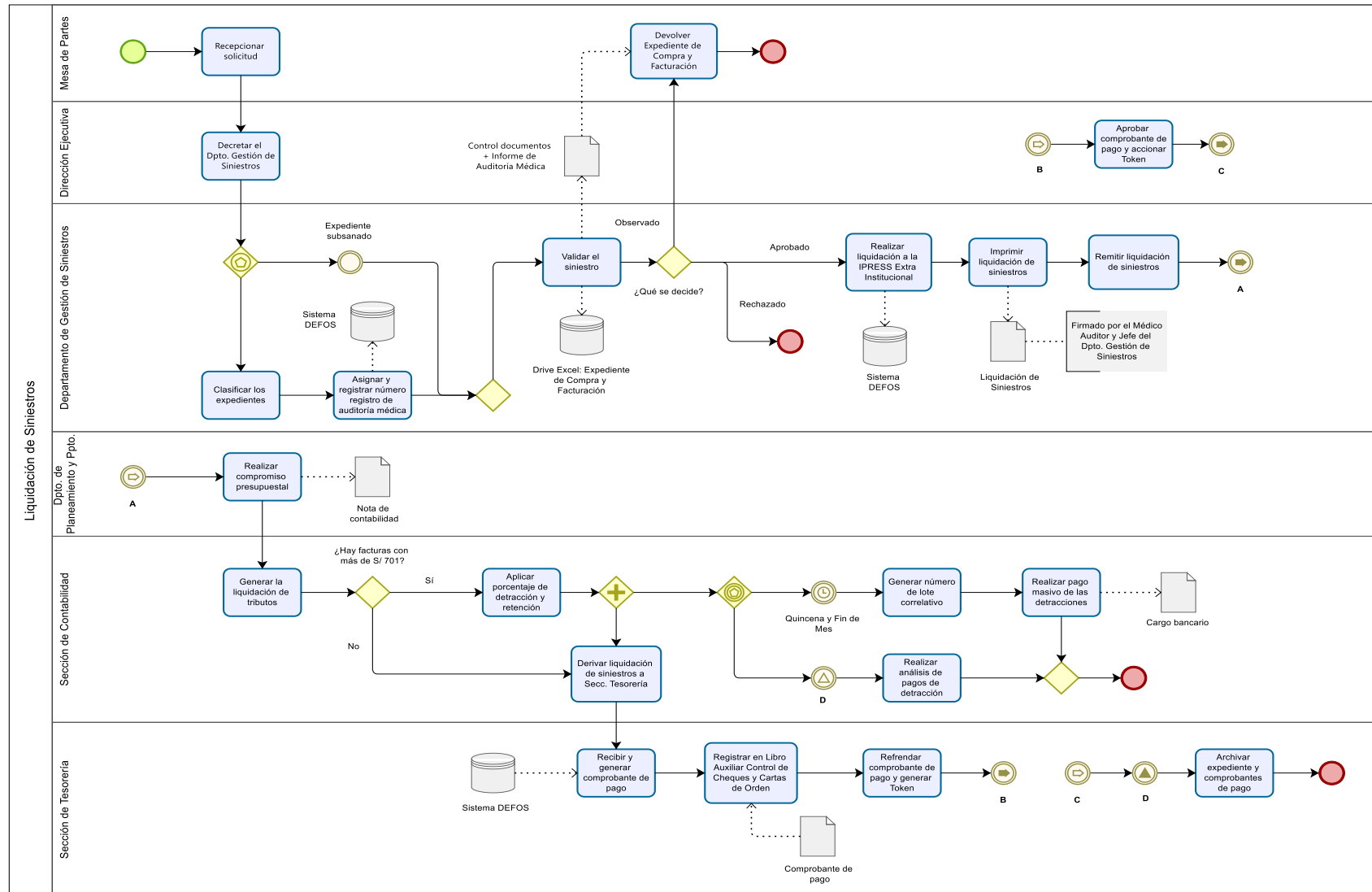


DIAGRAMA DEL PROCEDIMIENTO PARA EL REEMBOLSO

