

INTRODUCCIÓN

El Programa “Segunda Capa” es un Plan de Salud solidario y complementario, administrado por la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud del Ejército (IAFAS-EP), que se autofinancia con el aporte facultativo de todos los titulares afiliados.

El presente Reglamento se establece para dar respuesta a la necesidad de definir las pautas organizativas y normas metodológicas que rigen el funcionamiento del Programa.

Por ello, con el propósito de mejorar la calidad de servicio que brindamos a nuestros afiliados, durante el primer trimestre del AF-2018 el Reglamento ha sido evaluado de acuerdo a los actuales servicios en salud (pólizas cartera de especialidades, tarifarios, mercado farmacológico y material médico especializado), siendo oportuno suscribir algunas variaciones en su normativa.

Con fecha 31 de mayo del 2018, este Reglamento fue aprobado por la Junta de Administración de Fondos de Salud del Ejército, entrando en vigencia a partir del 01 de enero del 2019, constituyendo por tanto la base, a partir de la cual se brindará financiamiento económico a las prestaciones de servicios en salud por gastos de hospitalización para nuestros derechohabientes (esposa e hijos civiles) afiliados, que sufran enfermedades, intervenciones quirúrgicas o accidentes que requieran hospitalización de Alto Costo en los establecimientos de salud del Ejército (HMC, HMG, HHMMDD) y establecimiento de salud del Ministerio de Salud (MINSAs).

Es propicia la oportunidad para extender nuestra consideración y deferente estima.

INDICE

INTRODUCCIÓN		1
ÍNDICE		2
CAPÍTULO I	: GENERALIDADES	3
CAPÍTULO II	: BASE LEGAL	3
CAPÍTULO III	: FINALIDAD	4
CAPÍTULO IV	: PROCEDIMIENTOS Y NORMAS	5
CAPÍTULO V	: DE LA ADMINISTRACIÓN	8
CAPÍTULO VI	: FUNCIONES	8
CAPÍTULO VII	: DEL RÉGIMEN ECONÓMICO	13
CAPÍTULO VIII	: DE LOS BENEFICIARIOS	13
CAPÍTULO IX	: EL PROGRAMA	14
CAPÍTULO X	: DE LOS SERVICIOS Y PRESTACIONES	21
CAPÍTULO XI	: DE LA SUSPENSIÓN O SEPARACIÓN	23
CAPÍTULO XII	: DISPOSICIONES GENERALES	24
CAPÍTULO XIII	: DE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	25
CAPÍTULO XIV	: EVACUACIÓN	25
CAPÍTULO XV	: DIVERSOS	27
CAPÍTULO XVI	: DISPOSICIONES TRANSITORIAS	29
ANEXOS	:	29
ANEXO Nº 01	: APOORTE MENSUAL	30
ANEXO Nº 02	: DECLARACIÓN JURADA	31
ANEXO Nº 03	: ESCALA POR GRADOS	38
ANEXO Nº 04	: PRIORIDADES DE ATENCIÓN EMERGENCIA	39
ANEXO Nº 05	: ORGANIGRAMA	43

REGLAMENTO DEL PROGRAMA DE SALUD “SEGUNDA CAPA”

CAPÍTULO I GENERALIDADES

Artículo 1°.- OBJETO DEL DOCUMENTO DE NORMAS

El presente documento tiene por objeto establecer normas y procedimientos para la ejecución y la administración del **PROGRAMA DE SALUD “SEGUNDA CAPA”**, en concordancia, con los dispositivos vigentes. El programa está dirigido al Personal Militar del Ejército en situación de actividad, disponibilidad y retiro con derecho a pensión renovable, que se afilien en forma voluntaria, con un aporte facultativo por familia, permitiéndoles contar con un programa de salud solidario, en beneficio de sus derechohabientes (esposa e hijos civiles) con derecho, inscritos en el Registro de Familia. El Programa tiene la finalidad de proporcionar protección y seguridad económica al titular frente a la eventualidad de que sus derechohabientes inscritos en el Registro de Familia sufran enfermedades, intervenciones quirúrgicas o accidentes que requieran **HOSPITALIZACIÓN DE ALTO COSTO** por caso clínico. Los beneficios que el programa brinda, podrán ejecutarse, al mes siguiente de haberse realizado el **TERCER APORTE** del titular. El programa es un elemento orgánico y dependiente de la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud del Ejército del Perú (IAFAS EP-FOSPEME), el mismo que tiene estrecha coordinación y relación con los otros departamentos orgánicos de la IAFAS-EP (FOSPEME).

CAPÍTULO II BASE LEGAL

Artículo 2°.- BASE LEGAL

El Programa de Salud “Segunda Capa”, tiene como base legal los siguientes dispositivos:

- a) Ley General de Salud N°26842
- b) Ley N°27604, que modifica la Ley General de Salud
- c) Ley N°29344 - Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- d) Decreto Supremo N°008-2010-SA – Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- e) NT N°042-MINSA/DGSP-V.01. “Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia”
- f) Decreto Legislativo N°1173 – Decreto Legislativo que otorga personería jurídica a las IAFAS de las Fuerzas Armadas.
- g) Decreto Supremo N°245-89-EF “Norma de creación del FOSPEMFA” del 6 de Noviembre de 1989.
- h) Resolución Ministerial N°0229 DE/SG “Reglamento del Decreto Supremo N° 245-89-EF” del 15 de Marzo de 1990.
- i) Directiva N°005 /DISALE /FOSPEME/ OPLAN de Abril de 2004.

- j) Resolución Ministerial N°1049-2008/DE/SG del 30 de Setiembre de 2008, que aprueba la Directiva General N° 015-2008 MINDEF/SG/VRD/DGRRHH/05 “Normas para la Administración del Programa de Salud Segunda Capa de las II de las FFAA”.
- k) Resolución Suprema N°026 DE/EP Norma de creación de la DISALE, del 18 de Diciembre de 2002.
- l) Petitorio Único del Ejército y Listado Especial de Medicamentos AF-2014.
- m) Ley N°30183 “Ley que regula los requisitos para la inscripción y atención de derechohabientes del titular del seguro de salud” del 27 de Abril de 2014.

CAPÍTULO III FINALIDAD

Artículo 3°.- FINALIDAD

El presente documento tiene por finalidad establecer un programa solidario ante la necesidad de pago por hospitalización de salud por caso clínico de alto costo, hasta por un máximo de **TREINTA MIL SOLES (S/30,000.00)** a partir del beneficio, por doce meses, por familia.

El PROGRAMA DE SALUD “SEGUNDA CAPA” es un plan de salud complementario dentro de la IAFAS del Ejército del Perú – FOSPEME, y se regirá de acuerdo a las disposiciones normativas establecidas en el Decreto Legislativo N° 1173, su Reglamento, la Ley de Aseguramiento Universal aprobada mediante Ley N° 29344 y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N°008-2010-SA.

Artículo 4°.- ALCANCE DE LA COBERTURA

La cobertura del PROGRAMA DE SALUD “SEGUNDA CAPA”, se limita al ámbito del territorio nacional y alcanza a todos los beneficiarios afiliados al programa que se hospitalicen en la red de Hospitales del Sistema de Salud del Ejército y en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) afiliadas a nuestro Programa.

Artículo 5°.- FINANCIAMIENTO

El fondo económico del PROGRAMA DE SALUD “SEGUNDA CAPA” se financia con el aporte facultativo de sus afiliados. También constituyen recursos del PROGRAMA los recursos provenientes de la cooperación nacional o internacional no reembolsable, donaciones de personas naturales y jurídicas, públicas y privadas, nacionales y extranjeras, legados o similares.

Artículo 6°.- INTANGIBILIDAD DE LOS RECURSOS

El PROGRAMA DE SALUD “SEGUNDA CAPA” ha sido creado sin fines de lucro. Los recursos económicos y aportes que reciba la IAFAS DEL EJÉRCITO DEL PERÚ (FOSPEME) por el Programa de Salud “Segunda Capa” adquieren la condición de naturaleza pública, teniendo el **carácter de intangible e inembargable**. Su uso será empleado exclusivamente para financiar:

- Gastos por hospitalización, que ocasionen los derechohabientes de los afiliados por tratamiento médico - quirúrgico de alto costo y
- Gastos administrativos del Programa, hasta por el 7% de los aportes.

Artículo 7°.- CONTROL DEL PROGRAMA

Estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), sin perjuicio del control que pueda efectuar la Inspectoría de la IAFAS DEL EJÉRCITO DEL PERÚ (FOSPEME).

Artículo 8°.- INDEPENDENCIA PRESUPUESTAL

Los fondos económicos y financieros del PROGRAMA DE SALUD "SEGUNDA CAPA" que capte la IAFAS DEL EJÉRCITO DEL PERÚ (FOSPEME), son independientes de los presupuestos anuales que para el rubro de salud formula el Ejército.

Artículo 9°.- DENOMINACIÓN

Toda vez que el presente documento de normas corresponde al PROGRAMA DE SALUD "SEGUNDA CAPA", podrá utilizarse el término de PROGRAMA para referirse al mismo.

CAPÍTULO IV PROCEDIMIENTOS Y NORMAS

Artículo 10°.- INCORPORACIÓN VOLUNTARIA

La participación del personal militar en el PROGRAMA es estrictamente voluntaria y su inscripción será por aceptación expresa, de conformidad con lo señalado en el artículo 2 y artículo 5 del Decreto Legislativo N°1173.

Artículo 11°.- SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL PROGRAMA

El titular que se inscriba en el PROGRAMA, debe realizar un aporte mensual, el mismo que económicamente debe estar al alcance del personal militar y garantizar la sostenibilidad financiera del PROGRAMA, de acuerdo al Estudio Matemático Actuarial (EMA) que se realizará para tal efecto.

El aporte mensual a partir de los 50 años sufrirá un incremento en relación directa con la edad del beneficiario (esposa/o) mayor, de acuerdo a lo precisado en el (Anexo N° 01) del presente documento de normas.

El PROGRAMA no tiene cobertura para el caso de enfermedades preexistentes, al momento de la afiliación, antes de la inscripción deberá firmar una declaración jurada (Anexo N°02)

Artículo 12°.- PROCEDIMIENTO PARA LOS CASOS DE ALTO COSTO

El titular, ante un **CASO CLÍNICO DE ALTO COSTO**, hará conocer al Hospital del Sistema de Salud del Ejército, que su familiar está inscrito en el PROGRAMA para los trámites administrativos correspondientes, sin embargo **es responsabilidad del titular y/o responsable del paciente, informar al programa y realizar los trámites para iniciar cobertura**, el cual comprende los procesos para generar la Carta de Garantía descritos en los artículos posteriores.

Los titulares y/o familiares, que NO informen o generen la Carta de Garantía para la atención respectiva a través del PROGRAMA SEGUNDA CAPA, en un plazo máximo de 72 horas contados desde el ingreso a la hospitalización o en su defecto

antes del ALTA MÉDICA en caso la hospitalización sea menor a 72 horas, NO OBTENDRÁN BENEFICIO DE REEMBOLSO DE GASTOS.

Artículo 13°.- IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

El familiar (paciente) para acceder a los beneficios del PROGRAMA se identificará con su **CARNET DE IDENTIDAD FAMILIAR** vigente y el Documento Nacional de Identidad (DNI). Las IPRESS militares, deben verificar en el sistema SISGALEN PLUS o a través de la página web (www.iafasep.gob.pe), Segunda Capa: Registro de Afiliados, que los pacientes a atender, son afiliados al PROGRAMA y que tienen el beneficio de cobertura hospitalaria de ALTO COSTO ACTIVA.

Artículo 14°.- PRIMERA CAPA

Es el monto económico determinado por grados (Anexo N°3), a partir del cual se considera la "ATENCIÓN MÉDICA HOSPITALARIA DE ALTO COSTO".

El programa efectúa el pago por gastos hospitalarios del familiar afiliado (esposa e hijos civiles), siempre y cuando se supere dicho monto, de lo contrario es el titular quien asumirá el gasto.

Artículo 15°.- SEGUNDA CAPA

Es la cobertura económica que realiza el PROGRAMA, a nombre del paciente por concepto de los pagos de hospitalización, siempre y cuando se supere el monto de la primera capa, al establecimiento de salud empleado o reembolso al titular.

Al superarse la cobertura máxima de los Treinta Mil Soles (S/30,000.00) el titular asumirá la diferencia.

Artículo 16°.- ACCESO A LOS BENEFICIOS DEL PROGRAMA

El titular accederá a los beneficios del PROGRAMA, al mes siguiente de realizado el TERCER APORTE por la planilla de pagos. Antes del mismo se considerará período de carencia y NO podrá hacer uso del Programa.

Artículo 17°.- ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Los afiliados al Programa, recibirán atención médica hospitalaria en las IPRESS militares que conforman la red de salud del Ejército del Perú; siendo éstos, los responsables de la verificación de cobertura activa en el Programa.

En caso las IPRESS Militares no cuenten con la capacidad resolutive para atender la hospitalización de nuestros afiliados, podrá optar por referir al paciente a IPRESS públicas de la región (Centros de Salud MINSA), previo Informe médico.

En casos de provincias, si la IPRESS militar e IPRESS pública no cuenten con capacidad resolutive se podrá coordinar la referencia al Hospital Militar Central (Lima), para ello el personal asistencial, deberá sustentar dicha referencia con informe médico y papeleta de evacuación, además comunicará al Programa Segunda Capa, mediante correo electrónico (programasegundacapa@gmail.com).

El Programa Segunda Capa, se encargará de informar a nuestros afiliados vía página web, los diversos convenios y/o contratos con IPRESS NO militares, en donde puedan recibir atención hospitalaria.

Artículo 18° CARTA DE GARANTÍA

Para activar la cobertura del programa se deberá presentar los siguientes documentos dentro de las primeras 72 horas o tres (03) días hábiles de hospitalización del paciente afiliado, o antes del ALTA MÉDICA, en caso la hospitalización dure menos de 72 horas.

1. Copia de CIP y DNI titular y paciente
2. Copia de orden de hospitalización
3. Copia de hoja de admisión hospitalaria
4. Copia de la Hoja de autorización de descuento a cargo de la IPRESS MILITAR

Si el paciente es hijo(a) mayor de edad, hasta los 27 años, 11 meses y 29 días, además deberá presentar:

1. Constancia de estudios universitarios o instituto superior o copia del carnet universitario vigente.
2. Declaración jurada simple de soltería y no tener carga familiar.

El Programa Segunda Capa se encargará de emitir la Carta de Garantía a la IPRESS Militar o a la IPRESS Pública donde se tenga convenio, para asumir los gastos de la hospitalización.

Para el caso de atenciones en Provincia, el titular asumirá los gastos de la hospitalización de su derechohabiente (esposa e hijos civiles), y si el gasto supera el monto de su primera capa, podrá solicitar el reembolso al Programa, debidamente justificado.

El NO generar la Carta de garantía dentro de los plazos establecidos, respalda al PROGRAMA SEGUNDA CAPA a no reconocer el beneficio de Reembolso a los afiliados.

Artículo 19°.- ATENCIÓN DE EMERGENCIAS

El Programa Segunda Capa, reconocerá los gastos ocasionados por hospitalizaciones que deriven de atenciones de emergencia Prioridad I o Prioridad II (Anexo N°04), los cuales por la severidad y el riesgo que implican, podrán ser atendidos y hospitalizados en las diversas IPRESS del territorio nacional (Públicas o Privadas).

Para que el Programa, pueda reembolsar los gastos ocasionados, el titular o responsable del paciente debe comunicar dentro de las 72 horas de ocurrido el evento al Programa Segunda Capa mediante correo electrónico y/o teléfono (programasegundacapa@gmail.com/ 952939159). La NO comunicación, implica que el Programa no reembolsará ni será responsable por los gastos ocasionados al titular.

CAPÍTULO V DE LA ADMINISTRACIÓN

Artículo 20º.- ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

El **PROGRAMA** depende de la IAFAS DEL EJÉRCITO DEL PERÚ (FOSPEME) y tiene la siguiente organización:

- a. Órgano de Dirección.
- b. Sección Administrativa.
- c. Sección de Auditoría Médica.
- d. Sección Inscripción, registro de datos, afiliación y procesamiento de descuentos.
- e. Sección de Coberturas Hospitalarias.

Artículo 21º.- APOYO DEL FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA

Las Unidades Orgánicas de la IAFAS DEL EJÉRCITO DEL PERÚ (FOSPEME) apoyarán al funcionamiento del PROGRAMA cuando el caso lo requiera.

CAPÍTULO VI FUNCIONES

Artículo 22º.- ÓRGANO DE DIRECCIÓN

El Órgano de Dirección del **PROGRAMA** está a cargo del Jefe de Programa, dependiendo del Director de la IAFAS-EP (FOSPEME).

Artículo 23º.- FUNCIONES DEL ÓRGANO DE DIRECCIÓN

La Dirección está encargada de coordinar con los demás Departamentos orgánicos de la IAFAS-EP (FOSPEME), las funciones de abastecimiento, economía, sistema informático, presupuesto y procesos de selección para la adquisición del material médico e insumos, requeridos por los pacientes hospitalizados beneficiarios del programa de salud, en armonía con la Política de Salud del Comando del Ejército y en concordancia con los alcances de los dispositivos legales vigentes y su normatividad.

Artículo 24º.- JEFE DEL PROGRAMA

El Jefe del **PROGRAMA**, será un Oficial Superior en situación de actividad.

Artículo 25º.- FUNCIONES DEL JEFE DEL PROGRAMA

El Jefe del PROGRAMA tiene las funciones y atribuciones siguientes:

- a. Proponer a la Dirección Ejecutiva de la IAFAS-EP (FOSPEME), los objetivos y metas por alcanzar durante el año.
- b. Ejercer control sobre las actividades administrativas del PROGRAMA.
- c. Proponer los presupuestos para gastos administrativos del PROGRAMA.
- d. Visar la Memoria Anual del PROGRAMA.
- e. Proponer a la Dirección Ejecutiva de la IAFAS-EP (FOSPEME), la realización de gestión y coordinación con el Departamento de Economía, para verificar el buen uso de los fondos y presupuestos del PROGRAMA.

- f. Mantener informado a la Dirección Ejecutiva de la IAFAS-EP (FOSPEME) sobre la marcha administrativa del PROGRAMA.
- g. Fomentar la difusión a los afiliados de sus obligaciones y derechos y proponer que el Departamento de Economía realice el balance general de los ingresos y egresos del Programa, para su difusión cada seis (06) meses, a través del Sistema de Información del Ejército.
- h. Supervisar que la base de datos del PROGRAMA se mantenga actualizada.
- i. Mantener actualizada la relación de los beneficiarios del PROGRAMA mediante coordinaciones con la oficina de Registro de Familia.
- j. Brindar opinión y firmar la hoja de trámite como requisito indispensable para que el Departamento de Economía de la IAFAS-EP (FOSPEME) realice los pagos por concepto de atención de salud, tomando en consideración un estimado de costo en los documentos normativos formulados por el Hospital Militar Central para el tratamiento de las enfermedades más frecuentes.
- k. Proponer a la Dirección Ejecutiva de la IAFAS-EP (FOSPEME) que cada dos años se realice el **estudio matemático actuarial** para salvaguardar la sostenibilidad financiera del PROGRAMA, según las normas vigentes.
- l. Proponer a la Dirección Ejecutiva de la IAFAS-EP (FOSPEME) la realización de proyectos de Convenios Interinstitucionales con Organismos Gubernamentales, No Gubernamentales y Sanidades de las Fuerzas Armadas, para optimizar atenciones y coberturas.
- m. Cumplir y hacer cumplir las disposiciones de la presente normatividad.

Artículo 26°.- SECCIÓN ADMINISTRATIVA

El Administrativo, será un Técnico o un Sub Oficial en situación de actividad.

La Sección Administrativa tiene las responsabilidades siguientes:

- a. Recibir y tramitar la documentación concerniente al programa.
- b. Efectuar el seguimiento y control de toda la documentación ingresada y generada por el programa en el registro de documentación recibida y remitida.
- c. Organizar, depurar y mantener actualizado la documentación funcional y el archivo del programa, de acuerdo con las normas vigentes.
- d. Preparar y digitar la documentación oficial del PROGRAMA segunda capa.
- e. Elaborar y tramitar las cartas para exámenes auxiliares (laboratorio e imágenes).
- f. Elaborar y tramitar las cartas para el alquiler de equipos médicos.
- g. Realizar el pedido y recepción de útiles de escritorio necesarios para el PROGRAMA.
- h. Difundir y hacer cumplir las disposiciones de la dirección ejecutiva y del jefe del programa, en coordinación con el dpto. administrativo.
- i. Mantener actualizado el inventario de los artículos a cargo del programa y formular el estado de relevo correspondiente.
- j. Llevar a su cargo el libro de actas de directorio.
- k. Otras actividades dispuestas por el jefe del PROGRAMA segunda capa.

Artículo 27°.- SECCIÓN DE AUDITORÍA MÉDICA

La Sección de Auditoría Médica tiene las responsabilidades siguientes:

- a. Supervisar el proceso de cobertura del paciente hospitalizado que será beneficiado por el PROGRAMA de salud segunda capa.
- b. En casos excepcionales, revisará el expediente de cobertura hospitalaria del paciente y dar el visto bueno para la compra de material médico quirúrgico y otros procedimientos médicos auxiliares que se requieran.
- c. Verificar las recetas originales y boletas de venta originales acordes con el petitorio único del ejército (PUE) y listado especial de medicamentos vigentes, para el reembolso por gastos de medicamentos, debidamente sustentados por el titular.
- d. Realizar la visita periódica a los pacientes hospitalizados del programa, para hacer seguimiento de la calidad de atención recibida en las diversas IPRESS.
- e. Asesorar a los pacientes y/o titulares sobre los procedimientos y normas del programa, en especial las exclusiones no cubiertas.
- f. Orientar al personal que labora en el programa, sobre técnicas y procedimientos de auditoría médica, en provecho de sus funciones.
- g. Analizar y recomendar las posibles evacuaciones de pacientes a nivel nacional, para su aprobación por la dirección ejecutiva de la IAFAS-EP (FOSPEME).
- h. Elaborar informes sobre la atención hospitalaria de los pacientes que por su caso clínico ameriten.
- i. En representación del programa, realizar las coordinaciones necesarias con la dirección médica, jefes de servicios, UUHH, FARSOP y de historias clínicas, para verificar la adecuada atención que debe recibir el paciente afiliado al programa.

ARTÍCULO 28°.- SECCIÓN INSCRIPCIÓN, REGISTRO DE DATOS, AFILIACIÓN Y PROCESAMIENTO DE DESCUENTOS

- a. Realizar la correcta atención, inscripción y registro en la base de datos del sistema, a los titulares y derechohabientes afiliados al programa.
- b. Impulsar el proceso de afiliación del personal militar que opte de forma voluntaria su ingreso al PROGRAMA de salud segunda capa.
- c. Realizar la actualización y registro de datos de las fichas nuevas y antiguas de los afiliados al programa y mantener actualizada la base informática de datos de los afiliados al programa, generando el reporte estadístico semanal y mensual de afiliados nuevos y desafiliados al PROGRAMA.
- d. Realizar la actualización y mantenimiento de los legajos de los afiliados.
- e. Coordinar con la sección procesamiento de descuentos y proporcionar en medio magnético e impreso la relación validada de los afiliados al programa segunda capa, para el correspondiente procesamiento de descuentos ante el DPPYDT-COPERE Y CPMPP, en las fechas indicadas.
- f. Formular el reporte diario de la cantidad de afiliados inscritos, validar; y presentar al jefe del PROGRAMA para su visado y control.
- g. Mantener informado al jefe del PROGRAMA de las novedades que se presentan en su área y realizar otras actividades dispuestas por la jefatura, inherentes a su cargo.
- h. Confeccionar el oficio de remisión adjuntando la relación de titulares afiliados en medio impreso y virtual (USB, CD), para su envío correspondiente.

- i. Gestionar ante el DPDYDT-COPERE Y CPMPP, los descuentos efectuados a los titulares afiliados al programa, mes por mes y remitir una copia al dpto. economía de la IAFAS-EP (FOSPEME) para la rendición de cuentas mensual.
- j. Informar al titular y/o paciente sobre los trámites a seguir para solicitar autorización para regularización de aportaciones, vía depósito en cuenta bancaria a nombre de la IAFAS-EP (FOSPEME).
- k. Formular reportes económicos y cuadros estadísticos sobre los descuentos procesados mes por mes, para su presentación al directorio de la JAFS-FOSPEME.
- l. Coordinar con el Departamento de economía de la IAFAS-EP (FOSPEME), sobre los descuentos procesados y recabar copia del estado de cuenta corriente bancaria.
- m. Otras actividades dispuestas por el jefe del programa.

ARTÍCULO 29°.- SECCIÓN COBERTURAS HOSPITALARIAS

SUB SECCIÓN: CARTAS DE GARANTIA Y REQUERIMIENTOS

- a. Elaborar las cartas de garantía al Hospital Militar Central y coordinar con el Dpto. de Recursos Directamente Recaudados (RDR) del HMC.
- b. Aperturar expedientes de Atención Médica Hospitalaria de los pacientes que fueron coberturados y atendidos por el Programa.
- c. Legajar la documentación requerida necesaria para la atención hospitalaria de pacientes atendidos por el Programa.
- d. Coordinar con el médico tratante la fecha de internamiento y si requerirá material médico para la intervención quirúrgica.
- e. Parte médico detallado del material médico especializado para la operación con las 4 firmas respectivas: médico tratante, jefe del Departamento, jefe de cirugía general y Director médico.
- f. Coordinar todo el proceso para la adquisición del material médico.
- g. Remitir la Hoja de pedido al departamento de Abastecimiento de la IAFAS-EP.
- h. Coordinar con el médico tratante las medidas y especificaciones técnicas del material requerido.
- i. Coordinar con abastecimiento la fecha del internamiento del material.
- j. Acompañar al proveedor con el médico tratante para la validación del material médico y que este una vez validado sea internado en almacén de IAFAS-EP.
- k. Remitir el acta de entrega del material médico a Farmacia de Sala de Operaciones (FARSOP) a fin de que se programe la operación del paciente.
- l. Realizar el seguimiento en piso de todos los pacientes hospitalizados, para así saber si requieren de algún examen especializado o si hay alguna observación con el diagnóstico médico del paciente.
- m. Coordinar con el médico tratante o Residente a cargo de la programación de las operaciones, la Fecha y turno de la intervención quirúrgica del paciente.
- n. Realizar el seguimiento del material médico empleado en la intervención quirúrgica del paciente; y validar el material médico sobrante.
- o. Descargar del Sistema Copago - No pagante los materiales usados en la intervención quirúrgica de los pacientes.

SUB SECCIÓN: ESTADOS DE CUENTA Y LIQUIDACIÓN

- a. Registrar todo tipo de gasto por hospitalización (material médico, alquiler de equipos, exámenes, reembolsos, estados de cuenta HMC) de pacientes coberturados por el Programa.
- b. Confeccionar Hojas de Trámite para la gestión de pago por concepto de hospitalización y servicios del paciente afiliado, revisado por el Auditor Médico y visado por la Dirección Ejecutiva de la IAFAS-EP (FOSPEME).
- c. Derivar Hojas de Trámite por concepto de hospitalización al Dpto. de Economía de la IAFAS-EP para la gestión de pago.
- d. Coordinar con la Sección de Tesorería y Cuentas Corrientes del HMC, para el seguimiento y tramite de los estados de cuenta generados por la atención hospitalaria del paciente, a fin de tramitar la cancelación de los mismos ante el Dpto. de Economía de la IAFAS-EP (FOSPEME).
- e. Formular las cartas de garantía extra institucionales de los pacientes transferidos a IPRESS externas y coordinar con su área de facturación para el pago correspondiente.
- f. Formular el cuadro mensual de coberturados y cuadros estadísticos de las coberturas hospitalarias realizadas por el Programa.
- g. Actualizar datos por Coberturas mes a mes para su presentación al Directorio de la IAFAS-FOSPEME.
- h. Monitorear los gastos de hospitalización de cada afiliado, evitando el exceso de su cobertura.
- i. Comunicar al titular, el estado de cuenta por gastos de hospitalización de su derechohabiente, en caso no supere el monto de su capa.
- j. Orientar y brindar información al personal militar y afiliado.
- k. Otras Actividades dispuestas por el Programa.

SUB SECCIÓN: REEMBOLSOS

- a. Orientar y brindar información al personal militar y afiliado.
- b. Recibir, ordenar y archivar documentación.
- c. Recibir del titular los documentos originales justificatorios que son presentados para gestión de reembolso, debidamente sustentados por el titular y verificados por el Auditor Médico.
- d. Validar Comprobantes de Pago y Consulta de RUC (SUNAT) de los compromisos efectuados por el titular.
- e. Elaborar las Cartas de Garantía para los pacientes hospitalizados según el convenio con el Hospital Hipolito Unanue de Tacna.
- f. Realizar el seguimiento de los casos del convenio con el Hospital Regional de Tacna, en coordinación con el área de asistencia social del Hospital Militar de Tacna.
- g. Emitir el Requerimiento de Compra de Medicinas a la oficina de Fondo Fijo de la IAFAS-EP para la atención del paciente coberturado por el Programa, solo en casos de emergencia y previamente autorizados por el jefe del Programa.
- h. Confeccionar las Hojas de Trámite para la gestión de pago total por Reembolso del paciente, debidamente revisado por el Auditor Médico y visado por la Dirección Ejecutiva de la IAFAS-EP (FOSPEME).
- i. Remitir las Hojas de Trámite al Dpto. de Economía de la IAFAS-EP (FOSPEME), para la gestión de pago de los gastos realizados por el paciente.

- j. Formular las cartas de respuesta al titular, cuando el reembolso es declarado IMPROCEDENTE por auditoría médica.

CAPÍTULO VII DEL RÉGIMEN ECONÓMICO

Artículo 30°.- RECURSOS ECONÓMICOS

Los recursos económicos del PROGRAMA, están constituidos por los aportes facultativos del personal militar del Ejército en situación de actividad, disponibilidad (el titular aportará mensualmente vía interbancaria) o retiro, con derecho a pensión renovable y con el aporte del Fondo de Salud, que mediante el aporte que se precisa en el (Anexo N° 01) del presente documento de normas, afilian a sus derechohabientes inscritos en el Registro de Familia, para que se constituyan como beneficiarios, de acuerdo a lo precisado por la Ley N°30183, que regula los requisitos para la inscripción y atención de derechohabientes del titular del seguro de salud.

El Programa es susceptible de recibir donaciones o aportes del Ejército, para garantizar el éxito de sus objetivos.

Artículo 31°.- EVALUACIÓN DEL APORTE

Cada dos años se efectuará los estudios correspondientes, asesorado por una consultora externa, con la finalidad de evaluar el aporte y el correspondiente beneficio, haciendo las modificaciones pertinentes al presente Reglamento, para garantizar el funcionamiento del Programa.

CAPÍTULO VIII DE LOS BENEFICIARIOS

Artículo 32°.- BENEFICIARIOS

Son beneficiarios los derechohabientes (esposa e hijos civiles) con derecho, inscritos en el Registro de Familia del personal militar en situación de actividad, disponibilidad o retiro con goce de pensión renovable afiliados al PROGRAMA, y que se encuentren AL DIA y ACTIVOS en sus pagos.

Artículo 33°.- DERECHO HABIENTES

Son derechohabientes:

1. El/la esposa(o) civil que al momento de la inscripción tenga como máximo 63 años, 11 meses y 29 días y que este reconocido de acuerdo a la normatividad vigente, inscrito en la base de datos de la institución armada.
2. El/la hijo(a) menor de edad o mayor de edad discapacitado en forma total y permanente para el trabajo, debidamente certificada por la IPRESS de la respectiva institución armada e inscrito en CONADIS.
3. El/la hijo(a) mayor de edad que acredite ser estudiante universitario de pregrado o de centro de educación superior, soltero sin carga familiar, que dependa

económicamente del personal militar titular, hasta cumplir los 27 años, 11 meses y 29 días de edad.

Es responsabilidad del titular mantener actualizado los datos de sus familiares (esposa e hijos civiles) en el sistema del Programa.

CAPÍTULO IX EL PROGRAMA

Artículo 34°.- ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL PROGRAMA

Su ámbito de acción se aplica a los Establecimientos de Salud del Ejército a nivel nacional, HMC, HGM y HHMMDD, independientemente del nivel de complejidad, capacidad resolutive y de atención, y/o diversas IPRESS, con previa evaluación de auditoría médica del PROGRAMA.

Artículo 35°.- PROCESO DE LA ATENCIÓN DE SALUD

La atención de salud se sustenta en criterios médico-científicos, como la determinación de diagnósticos, el empleo de procedimientos de ayuda al diagnóstico y finalmente el tratamiento, obligando a estandarizar dichos procedimientos, con la finalidad de fortalecer el acto médico, la calidad de la atención y el uso adecuado de los recursos, permitiendo con ello el sustento financiero del PROGRAMA.

Artículo 36°.- COSTOS

El costo de atención hospitalaria, sólo incluye el valor de los insumos, no considerando en lo posible los costos fijos, lo que se entiende son asumidos por el presupuesto de recursos ordinarios.

Artículo 37°.- ACCIONES CORRECTIVAS

Los resultados de las inspecciones y auditorías internas o externas que disponga la IAFAS DEL EJÉRCITO DEL PERÚ (FOSPEME) serán informados al Jefe del PROGRAMA, para las acciones correctivas que amerite.

Artículo 38°.- COBERTURA

El programa brinda una cobertura máxima de S/30,000.00 por grupo familiar. La renovación de la Póliza se realizará de la siguiente manera:

- S/30,000.00 cada 12 meses, en caso no se haya consumido la totalidad de la póliza en los 12 meses contados desde la activación al Programa. La póliza será renovada en la misma fecha en que el Grupo familiar adquiere la Activación.
- S/30,000.00 pasado los 12 meses luego de la obtención del último beneficio para aquellos que consuman la totalidad de la Póliza.

Para ambos casos, los titulares deben estar al día y tener continuidad con los aportes al programa, siendo responsables de informar y/o verificar que los descuentos se procesen mensualmente.

Artículo 39°.- TOPE MÁXIMO DE COBERTURA

El PROGRAMA tendrá por finalidad atender los gastos que demanden la atención médica de hospitalización para los derechohabientes (esposa e hijos civiles), cuyo gasto sea superior a la escala de la Primera Capa establecidas en el Anexo N° 03 del presente documento de normas, hasta un máximo de TREINTA MIL SOLES (S/30,000.00) por grupo familiar.

Artículo 40°.- LUGARES DE HOSPITALIZACIÓN

La Hospitalización se realizará prioritariamente en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) militares (HMC, HMG y HHMMDD). Donde no existan éstos, se podrá considerar otros establecimientos de salud del MINSA y/o ESSALUD, y en caso de no contar éstos con capacidad resolutive, se podrá evaluar y solicitar la referencia al Hospital Militar Central, previo informe médico que sustente la misma.

Para aquellos casos que sean considerados Emergencia Prioridad I y II (Según Anexo N°04), se podrá recibir atención inmediata en el establecimiento de salud más cercano a donde ocurre el evento, sin embargo esto debe ser informado al Programa Segunda Capa a través de los Hospitales militares divisionarios (HHMMDD) o establecimiento militares más cercanos, dentro de las primeras 72 horas de ocurrido el evento.

Es responsabilidad del Director de los HHMMDD extender el informe médico, coordinar la referencia del paciente a otras IPRESS externas y formular la hoja de referencia. El Programa Segunda Capa definirá la cobertura directa o reembolso correspondiente al titular.

El Programa Segunda Capa, es responsable de mantener informado a nuestros afiliados, la red de atención en Instituciones de Salud Públicas no Militares, a través de diversos canales de información y página web.

Artículo 41°.- ALCANCE TERRITORIAL

Los servicios médicos serán brindados dentro del territorio Nacional. No cubrirá gastos por tratamientos médicos realizados por cuenta del titular en Instituciones de Salud Privadas (Clínicas), salvo casos catalogados como Emergencia Prioridad I y II. No se cubrirán gastos de tratamiento realizado en el extranjero.

Artículo 42°.- EXCLUSIONES

El PROGRAMA no cubrirá los siguientes tratamientos y/o gastos derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de:

- a. No se brindará financiamiento económico por gastos de atención médica hospitalaria a derechohabientes (esposa e hijos civiles) que no estén afiliados al Programa.
- b. No se brindará financiamiento económico por gastos de atención médica hospitalaria, durante el periodo de carencia (tres aportes por la planilla de pago).

- c. Enfermedades preexistentes, es decir, enfermedades, dolencias, patologías o condiciones de salud que se hayan originado antes de la afiliación al programa o durante el periodo de carencia.
- d. Cirugías estéticas, plásticas y/o reconstructivas con fines cosméticos.
- e. Tratamientos odontológicos de ortodoncia, prótesis dentales e implante dental o cualquier procedimiento con fines estéticos o cosméticos.
- f. No se cubren cirugías odontológicas, cirugía bucal ni alteraciones de la articulación temporomandibular, el cráneo y los músculos, nervios u otros tejidos en esa articulación.
- g. Adquisición de lentes de contacto, anteojos, lentes intraoculares, o intervenciones quirúrgicas para corrección de defectos de refracción visual y/o queratoplastia. No se cubren monturas, cristales, lágrimas naturales.
- h. Prótesis ortopédicas externas y/o prótesis articulares internas (Traumatología), así como suministro de muletas, silla de rueda u otros.
- i. Otras prótesis externas; tales como: aparatos auditivos apéndice auricular, globo ocular y extremidades. No se cubrirá audífonos para tratamiento de sordera
- j. Dispositivos o IMPLANTES médicos de naturaleza mecánica o electrónica de uso interno comprendido en las clases II o III de la FDA, tales como: IMPLANTE coclear, neuroestimulador cerebral, estimulador de crecimiento óseo, dispositivos intervertebrales o interespinosos.
- k. Dispositivos para columna (incluyendo el acto quirúrgico cuyo único fin es implantarlo): del grupo de separadores interespinosos e intervertebrales (Coflex, Coflex -F,Diam, DCI y similares). Procedimientos mínimamente invasivos ablativos para columna con químicos, láser o radiofrecuencia: nucleoplastia, rizotomía o neulolisis; proloterapia, ozonoterapia, biacuplastia. Cirugías híbridas de columna. Aguja seca. Sí se cubren los bloqueos radiculares o facetarios con anestésicos o corticoides.
- l. Prótesis endovasculares, stents, catéteres, válvulas cardíacas, injertos vasculares (cardíacos y/o periféricos), marcapasos cardíacos o material para ablación cardíaca, coils y/o clips para malformaciones vasculares.
- m. Válvulas cerebrales o ventriculoperitoneales.
- n. Lesiones autoinfligidas o producidas voluntariamente, intento de suicidio, peleas, riñas, salvo aquellas en que se demuestre que se ha tratado de legítima defensa sustentado con denuncia policial.
- o. Enfermedades y tratamientos que resulten por el uso o adicción a drogas y/o estupefacientes de cualquier tipo, o uso excesivo de alcohol en forma aguda o

crónica, lesiones que se produzcan por embriaguez o bajo influencia de drogas registrados en la historia clínica y/o dosaje respectivo (caso de alcohol nivel sérico mayor a 0.5 gr/l). Tampoco las consecuencias del uso de automedicación.

- p. Lesiones sufridas como consecuencia de la participación en deportes y/o actividades considerados peligrosos tales como: inmersión submarina (pesca, buceo, canotaje, surfing, kayak, etc.), snowboarding, rugby, montañismo, ala delta, bungee, paracaidismo, puenting, parapente, cacería, carreras de caballo, automóviles, motocicletas y lanchas; participación como piloto o acompañante en otras carreras de velocidad, entrenamiento o resistencia.
- q. Accidentes de tránsito (en el monto cubierto por el SOAT), previa evaluación de auditoría médica.
- r. Lesiones sufridas en viajes aéreos, sea como piloto o tripulante o como pasajero, en aeronaves no pertenecientes a líneas regulares con vuelos e itinerarios establecidos o cuando las naves no están registradas ni autorizadas para el transporte de pasajeros.
- s. Diagnóstico, estudios y tratamientos o cirugías por esterilización, fertilización (tanto infertilidad primaria como secundaria), anticoncepción, disfunción eréctil y cambio de sexo.
- t. Cualquier trastorno originado por consumo de medicamentos o fármacos utilizados sin prescripción médica.
- u. Los costos de atención por aborto provocado o intento de aborto no terapéutico.
- v. Diálisis o Hemodiálisis como tratamiento de Insuficiencia Renal Crónica. Sólo se cubrirá diálisis como parte de tratamiento de Insuficiencia Renal Aguda.
- w. Gastos por concepto de compra de sangre, plasma y/o hemoderivados, salvo materiales, implementos y exámenes que justifiquen el uso.
- x. Gastos de evacuación y tratamiento fuera del territorio nacional.
- y. Terapia con células madres, terapia de medicina alternativa o complementaria, acupuntura, homeopatía u otras.
- z. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos efectuados en centros médicos extra institucionales sin autorización previa.
- aa. Trasplante de órganos o tejidos, realizados por el Instituto de Trasplantes de Órganos y Tejidos de las FFAA (ITOT), o por otra Institución Prestadora de Servicios de Salud.

- bb. No están cubiertos los servicios, procedimientos o tratamientos que medicamente sean considerados no necesarios (no sustentados en el concepto de medicina basada en evidencia II(a) de la Agency For Healthcare Research and Quality de los estados unidos – AHRQ). Tampoco se cubren los medicamentos, insumos, implantes o material quirúrgico no aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) para la indicación específica que es solicitada.
- cc. Medicamentos y/o tratamiento utilizado con fin placebo.
- dd. Pruebas auxiliares y tratamientos médicos, psicológicos y/o psiquiátricos relacionados con los diagnósticos comprendidos en el capítulo V, Trastornos Mentales y del Comportamiento, del Código Internacional de Enfermedades CIE 10, así como tratamientos para corregir trastornos de conducta, trastornos de la atención lenguaje y del aprendizaje, tratamiento de enfermedades del sueño. Electroencefalograma para cefaleas o problemas de memoria o atención. Curas de reposo o de sueño.
- ee. Inmunoestimulantes, vacunas del esquema de vacunación nacional.
- ff. Suplementos alimenticios, complementos nutricionales, leches o fórmulas maternizadas, fármacos nutrientes, productos de propiedades antiasténicas, reconstituyentes, energizantes, anabólicos, estimulantes de funciones intelectuales cerebrales. No se cubren vitaminas ni minerales salvo en enfermedades en las que se haya demostrado por laboratorio la carencia de los mismos.
- gg. Medicamentos para el tratamiento de osteopenia y/u osteoporosis.
- hh. Tratamientos quirúrgicos y procedimientos para lesiones vasculares superficiales de extremidades (telangiectasias, hemangiomas); escleroterapia de várices.
- ii. Medicamentos para el tratamiento por climaterio y menopausia y/o sus consecuencias.
- jj. Tratamientos, estudios o intervenciones quirúrgicas por obesidad o reducción o ganancia de peso. Cirugía por diastasis de los músculos rectos abdominales.
- kk. Ginecomastia y Gigantomastia; cirugía de corrección de pectum excavatum (que no altere capacidad pulmonar o cardíaca).
- ll. Vasectomía y Bloqueo Tubario.
- mm. Compra o alquiler de equipos médicos tales como: glucómetros, termómetros, tensiómetros, respirador o ventilador mecánico, pulsoxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP, entre otros.

- nn. Productos de higiene personal. productos cosméticos, productos dermocosméticos, humectantes, exfoliantes y bloqueadores solares (foto protectores).
- oo. Gastos por tratamientos de enfermedades que son brindados de manera gratuita por el MINSA como Tuberculosis en cualquiera de sus formas, infección por el virus de VIH o SIDA, Hepatitis B y C, Malaria u otras.
- pp. Enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas conocidas. Salvo en el caso de aquellos hijos cuyo nacimiento fuera amparado por el programa y que fueran incluidos en el mismo dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendario. Asimismo no están cubiertos las enfermedades, lesiones, defectos y complicaciones congénitas o no congénitas que deriven de una inseminación artificial y/o tratamiento para fertilidad. No se cubren estudios o pruebas genéticas.
- qq. No se cubrirá ningún tipo de cáncer.
- rr. No se cubrirá tratamiento ambulatorio.
- ss. No se cubrirá cirugías consideradas ambulatorias.
- tt. No se cubrirá atención en IPRESS Privadas (Clínicas), salvo aquellas consideradas Prioridad I ó II, y previa comunicación dentro de las 72 horas.
- uu. No se cobertura, tratamientos y/o procedimientos que no deriven de la causa básica que motivó la Hospitalización. (Ejm: Cirugía de Glaucoma en paciente hospitalizada por traumatología)

Artículo 43°.- CASOS CLÍNICOS CONTINUADORES

El Programa sólo puede brindar por **única vez** cobertura dentro de la póliza y/o cobertura adicional hasta por un máximo de S/30,000.00, a aquellos **pacientes continuadores**, entendiéndose como continuador a aquellas personas diagnosticadas en la hospitalización con enfermedades que los cataloguen como tal y en la cual se comprenda, que van a cargar con ella de forma crónica o van a reincidir en hospitalizaciones por la misma causa. (Ej.: Epilepsia, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Fibrosis Pulmonar u otras)

El beneficio será adquirido por una (01) sola vez y el grupo familiar deberá esperar 12 meses luego de obtenido el último beneficio para reactivar la póliza de S/30,000.00. Este beneficio NO podrá ser usado para diagnósticos de pacientes continuadores del mismo grupo familiar.

Artículo 44°.- MÍNIMO DE AFILIADOS

El PROGRAMA entrará en funcionamiento previa aprobación de las normas correspondientes. Para la ejecución del mismo se deberá tener afiliados como mínimo a 7,000 titulares.

Artículo 45°.- ADMINISTRACIÓN DE LOS FONDOS

La administración de los fondos será efectuada por la Dirección Ejecutiva de la IAFAS – EP (FOSPEME).

Artículo 46°.- CAPTACIÓN DEL APORTE

El aporte mensual será descontado a través de la planilla única de pagos. No es posible otra forma de amortización de los aportes mensuales.

Artículo 47°.- PERÍODO DE CARENCIA

Los familiares afiliados podrán acceder al beneficio del PROGRAMA, al mes siguiente de haberse realizado el tercer aporte del titular, generado en su planilla de pagos, lo que en adelante se denominará “Período de Carencia”.

Artículo 48°.- RESPONSABLE DEL PROGRAMA

En provincias, el Director del HHMMDD será responsable del funcionamiento del PROGRAMA, en los establecimientos de salud de su dependencia, debiendo informar al Jefe del Programa sobre las acciones realizadas mensualmente.

En el Caso de Lima, el Programa cuenta con Responsable que informa directamente al Director Ejecutivo de la IAFAS-EP (FOSPEME).

Artículo 49°.- COBERTURA DEL PROGRAMA

El PROGRAMA cubrirá los siguientes tratamientos y/o gastos:

- Hospitalización cuyo costo sea superior a la escala detallada en el Anexo N° 3 del presente documento de normas.
- Apoyo al diagnóstico y tratamiento para el paciente hospitalizado:
 - Laboratorio
 - Radiología
 - Anatomía patológica
 - Tomografía
 - Medicina nuclear
 - Medicinas que se encuentren en el PUE y obtenidas en la modalidad de COPAGO en el FOSPEME.
- Hospitalizaciones para tratamiento médico y/o quirúrgico en las diversas especialidades.
- Evacuaciones.
Solo en casos excepcionales que por su gravedad lo ameriten, previa autorización del Jefe del Programa y auditoría médica dentro del territorio nacional.

Artículo 50°.- EXCESO DEL MÁXIMO DE COBERTURA

El titular afiliado que no supere el monto establecido según señalado en la escala de su “Primera Capa”, deberá asumir la totalidad de los gastos (cuenta hospitalaria y reembolso).

En caso exceda los S/30,000.00, la diferencia la asumirá el titular, en caso contrario se le descontará dicho monto a través de su planilla de pago y no podrá hacer el uso del Programa hasta la cancelación del monto excedente.

Artículo 51°.- IMPROCEDENCIA DE LA DEVOLUCIÓN DE LOS APORTES

El titular afiliado que decida retirarse, podrá solicitar su desafiliación, pero NO se realizará la devolución de sus aportes en ningún caso, por ser este un Programa de carácter solidario y voluntario.

Artículo 52°.- DESAFILIACIÓN DEL PROGRAMA

Cualquier titular afiliado podrá solicitar su desafiliación la cual será concedida dos meses después si no hizo uso del PROGRAMA.

Si los derechohabientes del titular hicieron uso del PROGRAMA, el titular deberá esperar 8 años de aportación luego de obtenido el último beneficio.

CAPÍTULO X DE LOS SERVICIOS Y PRESTACIONES

Artículo 53°.- RESPONSABILIDADES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, HOSPITAL GERIÁTRICO DEL EJÉRCITO y HHMMDD:

1. Proporcionar atención médica, intervenciones quirúrgicas, hospitalización, análisis, radiografías y medicinas a los familiares afiliados en el PROGRAMA de acuerdo a su infraestructura y posibilidades.
2. Formular el documento correspondiente que estandarice mediante criterios médico-científicos la atención de salud, donde se considere la determinación del diagnóstico, el empleo de procedimientos de ayuda al diagnóstico y finalmente el tratamiento, con la finalidad de fortalecer el acto médico, la calidad de la atención y el uso adecuado de los recursos.
3. Evaluar cada 02 años el costo de atención para el PROGRAMA, asumiendo que solo debe incluir el valor de los insumos, no considerando en lo posible los costos fijos, toda vez que estos son asumidos por el presupuesto de recursos ordinarios.
4. Gestionar el incremento de recursos financieros, con la finalidad de estar en condiciones de asumir los costos fijos en la prestación de salud, evitando con ello trasladar el déficit financiero al PROGRAMA.
5. Los Hospitales Militares Regionales, deben solicitar autorización al Director Ejecutivo de la IAFAS-EP (FOSPEME), para realizar evacuaciones de familiares afiliados, cuando la situación de salud exceda su capacidad resolutive, para que el PROGRAMA asuma el costo.
6. Realizar Informe médico, cuando la gravedad del caso clínico amerite que la hospitalización se realice en un establecimiento de salud del MINSA u otro establecimiento de salud especializado del MINSA o atenciones proporcionadas en Clínicas Privadas cuando el diagnóstico de ingreso amerite ser considerado Emergencia Prioridad I o II. Con el informe se justificará la necesidad de atención en la IPRESS No Militar y/o el titular afiliado podrá gestionar con el PROGRAMA la reposición de los gastos ocasionados.
7. Coordinar la REFERENCIA de nuestros afiliados, a las IPRESS con las cuales el PROGRAMA SEGUNDA CAPA mantiene convenios y/o acuerdos. En caso ninguna de ellas, acepte la REFERENCIA, coordinará la misma con otras IPRESS, el financiamiento de dichas referencias se hará bajo cobertura directa por el PROGRAMA o por el titular, a quién luego el PROGRAMA reembolsará los gastos realizados.

Artículo 54°.- COBERTURA DE MEDICAMENTOS

El PROGRAMA solo cubrirá los gastos en medicamentos que figuren exclusivamente en el Petitorio Único del Ejército vigente y Listado Especial de Medicamentos aprobado por el COSALE y obtenidos bajo la modalidad de COPAGO.

En el caso de REEMBOLSOS por compra de medicamentos que el HMC NO CUENTE, se reconocerán MEDICAMENTOS GENÉRICOS y aquellos en que la receta se consigne en DENOMINACIÓN COMÚN INTERNACIONAL (DCI).

Artículo 55°.- NO RECONOCIMIENTO DE GASTOS NO PRESCRITOS

El PROGRAMA no reconocerá los gastos efectuados por atención médica y procedimientos afines que no hayan sido prescritos por el médico tratante.

Para los casos en los que el HMC refiera al paciente a IPRESS externas, debe adjuntar el informe médico a cargo de la IPRESS Militar que corresponda, y para casos de Emergencia Prioridad I o II, deberán adjuntar la historia clínica e informe médico que justifique la emergencia, para ambos casos se debe comunicar al Programa dentro de las 72 horas (hábiles) del ingreso a la misma.

Artículo 56°.- PROHIBICIÓN DE SUBSIDIOS

El PROGRAMA no otorgará subsidio (fallecimiento) ni subvención de ninguna naturaleza.

Artículo 57°.- REEMBOLSO AL TITULAR

El Programa reembolsará los gastos que se deriven de la hospitalización de nuestros afiliados si cumplen con los siguientes requisitos:

1. Atención Médica en IPRESS Públicas, siempre y cuando sean derivados por algún establecimiento de salud del Ejército, con previo conocimiento y coordinación con el Programa.
2. Atención Médica de Emergencia Prioridad I o Prioridad II, en cualquier establecimiento de salud a nivel Nacional.

Los punto 1 ó 2 deben acompañarse de:

- Informe Médico de establecimiento de salud del Ejército del Perú, en donde comunique la atención médica en IPRESS no Militar.
- Los gastos de hospitalización superen la Primera Capa, según lo establecido en el Anexo N° 03.
- Los Gastos serán presentados dentro de los 15 días hábiles siguientes a la alta médica.

Para presentar solicitud de Reembolso de Gastos ocasionados en IPRESS MILITARES y NO MILITARES, se debe presentar:

1. Solicitud de Reembolso dirigida a la IAFA – EP (FOSPEME), adjuntar número telefónico y correo electrónico.
2. Copia de DNI y CIP (Titular y paciente)
3. Declaración Jurada de Código de cuenta Interbancario (CCI)
4. Boucher de entidad bancaria en donde figure el CCI

5. Para casos de derivación: Informe Médico de IPRESS Militar en donde especifique la necesidad de atención médica en IPRESS NO militar (MINSA y/o Privado siendo éste último sólo para casos de emergencia Prioridad I o II)
6. Copia de Historia Clínica completa de la Hospitalización.
7. Recetas de medicamentos, materiales e insumos, comprados con los respectivos comprobantes de pago autorizados por la SUNAT: **boletas, boleta electrónica, tickets y facturas a nombre del paciente hospitalizado**; dentro de la fecha de Hospitalización.
8. **Toda compra o servicio de exámenes auxiliares se deberá acompañar de receta u orden médica con sello del médico tratante, respectivamente.**

Para presentar solicitud de Reembolso de Gastos ocasionados en Hospitalizaciones en HMC, en aquellos pacientes que a pesar de haber generado la Carta de Garantía para cobertura hospitalaria, hayan tenido gastos adicionales, se debe presentar:

1. Solicitud de Reembolso dirigida al Jefe del Programa Segunda Capa, adjuntar número telefónico y correo electrónico.
2. Copia de DNI y CIP (Titular y paciente)
3. Declaración Jurada Código de cuenta Interbancario (CCI)
4. Boucher de entidad bancaria en donde figure el CCI.
5. Recetas de medicamentos, materiales e insumos, comprados con las respectivas boletas y/o facturas a nombre del paciente; dentro de la fecha de Hospitalización.
6. Toda compra de materiales y/o medicamentos se deberá acompañar de la receta médica. Para los gastos por servicio de exámenes de laboratorio e imágenes, se deberá acompañar con la orden médica sellada por el médico tratante y jefe del laboratorio o imágenes del HMC, respectivamente.

El PROGRAMA, comunicará mediante documento y vía telefónica el RECHAZO de la solicitud presentada.

CAPÍTULO XI DE LA SUSPENSIÓN O SEPARACIÓN

Artículo 58°.- DE LA SUSPENSIÓN Y DESAFILIACIÓN DEL PROGRAMA

- a. La suspensión del derecho de los beneficios del programa a los familiares afiliados se dará en los casos siguientes:
 1. Cuando el titular es pasado a situación de disponibilidad por medida disciplinaria: El titular deberá continuar con los aportes mensuales, vía depósito a cuenta bancaria para mantener beneficios del Programa, caso contrario perderá el beneficio de no encontrarse activo. Los depósitos en cuenta bancaria se darán mientras dure el período de disponibilidad.
 2. Cuando el titular, por misión de estudios y/o comisión del servicio deba radicar en el extranjero: Los derechohabientes inscritos como beneficiarios al Programa, continuarán recibiendo la cobertura del Programa en el territorio Nacional.
 3. Cuando el titular no cumpla con la aportación establecida por tres meses consecutivos, será inactivado al cuarto mes del Programa, pudiendo

- regularizar sus aportes vía depósito a cuenta bancaria para mantener beneficios del Programa.
4. Si el titular no aporta más de seis meses consecutivos y no regulariza sus aportaciones a la cuenta bancaria del Programa, será desafiliado sin derecho a devolución de aportes.
 5. En caso de fallecimiento del titular afiliado, la viuda tiene derecho a continuar con la afiliación, para lo cual deberá actualizar y autorizar el descuento a través de su planilla de pago.
- b. La desafiliación al programa a los familiares afiliados se dará en los casos siguientes:
1. Cualquier titular afiliado podrá solicitar su libre desafiliación, si es que no hizo uso el Programa.
 2. Si el titular hizo uso del Programa, podrá desafiliarse luego de 8 años de aportación, contados a partir de obtenido el último beneficio.
 3. Cuando el titular excluye voluntariamente a sus familiares, confeccionando una nueva ficha de afiliación en cuyo caso no tendrán derecho a su reingreso.
 4. Cuando el titular es pasado a la situación de retiro por medida disciplinaria, sin pensión renovable.
 5. Por cancelación de la asimilación del titular EP.
 6. Para parejas divorciadas, en donde el titular informe previamente nuevo estado civil.
 7. Para personas viudas (os) que tengan el beneficio heredado del titular y que vuelvan a contraer matrimonio. (Regularización en registro de familia).
 8. Por contraer matrimonio los hijos (varones y mujeres) y/o tener carga familiar.
 9. Cuando el titular pase a la situación de retiro y no hayan hecho uso del PROGRAMA, y no regularicen su ficha de afiliación y autorice su descuento por la CPMP dentro de los noventa (90) días calendario.

CAPÍTULO XII DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 59°.- PROHIBICIÓN DE CONTRATAR PERSONAS NATURALES

Los parientes de los miembros de la Dirección del **PROGRAMA**, dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo grado de afinidad, no podrán ser asignados en cargo o empleo del **PROGRAMA** mientras dure el mandato de los citados miembros.

Artículo 60°.- PROHIBICIÓN DE CONTRATAR PERSONAS JURÍDICAS

Los familiares en los grados indicados en el artículo anterior y las empresas privadas de las que forman parte, como funcionarios o propietarios, se encuentran impedidos de realizar operaciones comerciales y de celebrar contratos directa o indirectamente con el Jefe del **PROGRAMA**, durante el ejercicio de la función de los mencionados miembros, inclusive hasta un año después de haber cesado.

CAPÍTULO XIII DE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS HOSPITALIZACIÓN

Artículo 61°.- HOSPITALIZACIÓN

Hospitalización es la actividad que consiste en internar a un paciente en la instalación hospitalaria, en la que deberá recibir el tratamiento médico necesario, a fin de alcanzar su total restablecimiento.

Artículo 62°.- DURACIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN

La hospitalización del derechohabiente (esposa e hijos civiles), se efectuará por el tiempo mínimo indispensable para lograr su recuperación.

Artículo 63°.- HOSPITALIZACIÓN EN LAS IPRESS

La hospitalización se deberá realizar en función del nivel de atención médica que requiera el paciente pudiendo efectuarse en las instalaciones hospitalarias siguientes:

- (1) HMC
- (2) Clínica Geriátrica del Ejército
- (3) HHMMDD
- (4) Establecimientos de Salud del MINSA
- (5) IPRESS Privadas para Emergencias Prioridad I y II

CAPÍTULO XIV EVACUACIÓN

Artículo 64°.- EVACUACIÓN

Evacuación es la operación que consiste en traslado de los pacientes que transitoriamente han sufrido enfermedades, accidentes, heridas o quemaduras que por su gravedad ameritan ser derivados a otros establecimientos de salud de mayor complejidad, para brindarle un tratamiento adecuado hasta su estabilización. Luego de ello, el Programa Segunda Capa, analizará la posibilidad de regresarlo a la IPRESS de origen para culminar el tratamiento. Todo ello sin perjudicar ni deteriorar el estado médico del afiliado.

Artículo 65°.- ÁMBITO DE LA EVACUACIÓN

La evacuación de los pacientes del programa se efectuará solo dentro del territorio nacional, para garantizar su hospitalización y tratamiento en establecimientos del sistema de salud del Ejército, y/o en otras IPRESS afiliadas al Programa Segunda Capa.

En caso las IPRESS afiliadas al PROGRAMA, no cuenten con disponibilidad para recibir a algún afiliado. La IPRESS Militar podrá evacuarlo a otras IPRESS, en donde el financiamiento se dará a través de pago directo del titular el cual será reembolsado o con financiamiento directo del PROGRAMA en caso la IPRESS destino lo acepte.

Por ningún motivo habrá evacuaciones al extranjero.

Artículo 66°.- CONDICIONES DE LA EVACUACIÓN

Antes de la evacuación de un paciente se deberán tener en cuenta las siguientes condiciones:

1. Situación de salud del paciente y/o herido al momento de la gestión de evacuación.
2. Urgencia de tratamiento especializado, lo cual determinará la vía a utilizar para la evacuación
3. Posibles complicaciones durante el trayecto.
4. Ubicación geográfica y disponibilidad de medios para la evacuación.
5. Acondicionamiento requerido por el paciente, según lo solicitado por médico tratante.
6. IPRESS que recibirá al evacuado. **El Programa no se responsabilizará por evacuaciones en donde no exista coordinación previa con la IPRESS destino.**

Artículo 67°.- PACIENTE EVACUADO

Por norma, todo paciente grave al ser evacuado, deberá ser transportado con un acompañante que de acuerdo a la gravedad del paciente podrá ser el enfermero(a) o médico tratante, el cual será designado a recomendación del profesional de Salud del Ejército o Médico Tratante que recomendó la evacuación.

En caso la evacuación tenga como IPRESS de origen alguna que no pertenezca al Sistema de Salud del Ejército, la necesidad de evacuación debe ser comunicada a la IPRESS Militar más cercana, para que ellos comuniquen al Programa Segunda Capa y solicitar la autorización del Jefe del Programa.

La evacuación se realizará para el caso de REFERENCIAS COORDINADAS, por lo que la coordinación previa debe darse entre la IPRESS de origen y la IPRESS destino.

Sólo en casos de emergencia para menores de edad y gestantes; el Programa cubrirá el gasto de pasajes, desde el establecimiento de origen a la IPRESS destino para un (01) acompañante (Sólo Gastos de pasajes de IDA).

Para el personal asistencial que acompaña al paciente evacuado, se reconocerá gastos de pasajes IDA y VUELTA.

Artículo 68°.- GASTOS DE LA EVACUACIÓN

Los gastos de evacuación, estarán incluidos dentro del monto máximo previsto para la “**Segunda Capa**”, previamente autorizado por el Jefe del Programa, en donde se considera la evacuación del paciente, y del profesional de la salud acompañante.

En caso que el paciente sea menor de edad, gestante, se considera gastos por evacuación del paciente, el profesional de la salud acompañante y un familiar. Solo para el personal de salud que acompaña se cubrirá gastos de pasajes de salida y regreso.

Los pacientes no catalogados como graves y cuyo tratamiento no amerite una evacuación, pero que decidan viajar a otra ciudad para su tratamiento, lo harán bajo sus propios recursos económicos, sin afectar el Programa.

Artículo 69°.- FINANCIAMIENTO DE LA EVACUACIÓN

Los conceptos por gastos de evacuación, estarán incluidos dentro del monto máximo previsto para la “**Segunda Capa**”

Artículo 70°.- EVACUACIONES DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL

Por ningún motivo habrá evacuaciones al extranjero.

Artículo 71°.- EVACUACIONES INNECESARIAS

Las evacuaciones innecesarias darán lugar a responsabilidad disciplinaria del profesional de la salud que recomendó la evacuación.

Artículo 72°.- TRASLADO VOLUNTARIO

Los pacientes no catalogados como graves y cuyo tratamiento no amerite una evacuación, pero que decidan viajar a otra ciudad o a la ciudad de Lima para su tratamiento, lo harán bajo sus propios recursos económicos, sin afectar el Programa.

CAPÍTULO XV DIVERSOS

Artículo 73°.- GLOSARIO DE TÉRMINOS

Primera Capa.- Es el monto económico determinado por grados (Anexo N° 03), a partir del cual se considera la “atención médica hospitalaria de alto costo”.

El PROGRAMA efectúa el pago por gastos hospitalarios del familiar afiliado (esposa e hijos), siempre y cuando se supere dicho monto, de lo contrario es el titular quien asumirá ese gasto.

Segunda capa.- Es la cobertura económica que realiza el programa, a nombre del paciente por concepto de los pagos de hospitalización, al establecimiento de salud empleado, hasta un monto máximo de **TREINTA MIL SOLES (S/30,000.00) por familia.**

Periodo de carencia.- Tiempo en el que el afiliado, a pesar de sus aportes, no puede obtener el beneficio. Culmina al mes siguiente de realizado el TERCER APORTE por planilla.

Titular.- Oficial, Técnico o Sub Oficial en situación de actividad, disponibilidad o retiro que perciba remuneraciones o pensión, mediante una planilla de pago.

Afiliado.- Son todos los derechohabientes directos que han sido afiliados al PROGRAMA y que se encuentran al día en sus aportaciones, lo cual le da derecho a recibir atención médica por caso clínico de alto costo.

IPRESS.- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que pueden ser públicas privadas y/o mixtas.

IAFAS.- Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento de Salud.

Plan Complementario de Salud: Plan adicional que ofrecen las diversas IAFAS, mediante la cual se busca ampliar la cobertura médica de sus afiliados

Paciente Continuator: Afiliado que sea diagnosticado de enfermedades que por el grado o complejidad sean propensas a reincidir en hospitalizaciones. Serán consideradas dentro de continuadores, las enfermedades catalogadas como crónicas Ejemplo: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Asma Bronquial, Epilepsia, Fibrosis Pulmonar y otras.

Caso clínico: Paciente hospitalizado por diagnostico Presuntivo o Definitivo visto de manera individual.

Referencia: La Referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud.

EJEMPLOS ILUSTRATIVOS:

GRADO DEL TITULAR GARANTE	TCO 2DA	MONTO REFERENCIAL: S/600.00
Si los gastos por Atención Hospitalaria NO SUPERA los:	S/600.00	El gasto lo cancela el titular al HMC.
Si los gastos por Atención Hospitalaria SOBREPASA los:	S/600.00	El gasto lo asume íntegramente el Programa Segunda Capa.

- (1) Si el total del tratamiento de un caso clínico fuera S/7,500.00 y el titular tiene el grado de Tco1, el pago se realizaría de la siguiente manera:
 Primera Capa (Monto que debe superar el gasto de hospitalización) S/.600.00
 Segunda Capa (Financia todo, ya que supera la Primera Capa) S/7,500.00

- (2) Si el total del tratamiento de un caso clínico fuera S/500.00 y el titular tiene el grado de Tco1, el pago se realizaría de la siguiente manera:
 Primera Capa (Monto que debe superar el gasto de hospitalización) S/600.00
 Gasto Total de Hospitalización S/500.00
 Segunda Capa (NO financia prestación ya que NO supera la Primera Capa) S/0
GASTOS SON ASUMIDOS POR EL TITULAR

(3) Caso Clínico Paciente Continuator

Diagnóstico: Epilepsia (Diagnosticado en esta hospitalización)
 Gasto Hospitalización: S/. 40,000.00 soles

Segunda Capa (Responsabilidad del PROGRAMA) S/30,000.00
 Beneficio Paciente continuador por única vez: S/10,000.00

CAPÍTULO XVI DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA.- DIFUSIÓN DEL PROGRAMA

Luego de la aprobación del presente Reglamento, se procederá a su difusión, mediante el Sistema de Información del Ejército y la DITELE.

SEGUNDA.- SITUACIONES NO PREVISTAS

Las situaciones no previstas en el presente documento de normas serán consideradas y resueltas en sesión por la Junta de Administración de las IAFAS DEL EJÉRCITO DEL PERÚ (FOSPEME).

TERCERA.- AFILIACIÓN A LOS DERECHOHABIENTES

A la entrada en vigencia del presente programa se afiliará únicamente a los derechohabientes (cónyuge e hijos).

CUARTA.- DERECHOS ADQUIRIDOS

Los beneficiarios afiliados al PROGRAMA antes de la entrega del presente documento de normas mantendrán sus derechos adquiridos a la fecha.

ANEXOS

ANEXO N° 01

APORTE MENSUAL EN FUNCIÓN AL BENEFICIARIO DE MAYOR EDAD EN EL GRUPO FAMILIAR DEL AFILIADO, PARA EL PROGRAMA DE SALUD DE SEGUNDA CAPA*

BENEFICIADO DE MAYOR EDAD EN EL GRUPO FAMILIAR	OO	TCOS SSOO
FAMILIAR MENOR DE 50 AÑOS	S/15.00	S/15.00
FAMILIAR DE 50 A 54 AÑOS	S/20.00	S/20.00
FAMILIAR DE 55 A 59 AÑOS	S/25.00	S/25.00
FAMILIAR MAYOR DE 60 A 64 AÑOS	S/30.00	S/30.00
FAMILIAR MAYOR DE 64 AÑOS PREVIAMENTE INSCRITO	S/35.00	S/35.00

(*) NOTA: Esta Escala sólo podrá ser modificada como resultado de un estudio matemático actuarial.

ANEXO Nº 02

DECLARACION JURADA DE ENFERMEDADES PRE-EXISTENTES

Esta solicitud forma parte del Contrato de Seguros. Los solicitantes declaran que las respuestas dadas en esta solicitud **SON VERÍDICAS Y COMPLETAS Y QUE ES DE SU CONOCIMIENTO QUE CUALQUIER OMISIÓN O FALSEDAD, ANULA EL CONTRATO DE SEGURO.** La declaración de salud debe indicar toda dolencia y/o enfermedad que haya padecido o padece cualquiera de las personas que se indican en el seguro, la misma que será considerada como parte del contrato de seguros, siendo documento válido para la aplicación de coberturas. Todas las preguntas deben ser completadas y contestadas. **SI ALGUNA PREGUNTA NO ES CONTESTADA, LA SOLICITUD NO PODRÁ SER PROCESADA Y SERÁ DEVUELTA COMO INCOMPLETA.**

MOTIVO DE SOLICITUD

AFILIACIÓN
CAMBIO DE SITUACIÓN

INCLUSIÓN DE DEPENDIENTES

DATOS DEL TITULAR

APELLIDOS Y NOMBRES:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI N°:

CIP N°

F M

SEXO:

NACIONALIDAD:

ESTADO

CIVIL:

GRADO:

ACTIVIDAD:

CARGO QUE

OCUPA:

DIRECCIÓN:

DISTRITO:

PROVINCIA:

DEPARTAMENTO:

TELÉFONO FIJO:

CELULAR:

CORREO

ELECTRÓNICO:

DATOS DE LOS ASEGURADOS DEPENDIENTES

PARENTESCO CON EL TITULAR (Cónyuge):

APELLIDO PATERNO:

APELLIDO MATERNO:

NOMBRES:

DNI/CEX N°:

SEXO F M

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

NACIONALIDAD:

OCUPACIÓN/PROFESIÓN

TALLA:

PESO:

TELÉFONO N°

PARENTESCO CON EL TITULAR (Hijo 1):

APELLIDO PATERNO:

APELLIDO MATERNO:

NOMBRES:

DNI/CEX N°:

SEXO F M

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

NACIONALIDAD:

OCUPACIÓN/PROFESIÓN

TALLA:

PESO:

TELÉFONO N°

PARENTESCO CON EL TITULAR (Hijo 2):

APELLIDO PATERNO:

APELLIDO MATERNO:

NOMBRES:

DNI/CEX N°:

SEXO F M

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

NACIONALIDAD:

OCUPACIÓN/PROFESIÓN

TALLA:

PESO:

TELÉFONO N°

PARENTESCO CON EL TITULAR (Hijo 3):

APELLIDO PATERNO:

APELLIDO MATERNO:

NOMBRES:

DNI/CEX N°:

SEXO F M

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

NACIONALIDAD:

OCUPACIÓN/PROFESIÓN

TALLA:

PESO:

TELÉFONO N°

PARENTESCO CON EL TITULAR (Hijo 4):

APELLIDO PATERNO:

APELLIDO MATERNO:

NOMBRES:

DNI/CEX N°:

SEXO F M

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

NACIONALIDAD:

OCUPACIÓN/PROFESIÓN

TALLA:

PESO:

TELÉFONO N°

PARENTESCO CON EL TITULAR (Hijo 5):

APELLIDO PATERNO:

APELLIDO MATERNO:

NOMBRES:

DNI/CEX N°:

SEXO F M

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

NACIONALIDAD:

OCUPACIÓN/PROFESIÓN

TALLA:

PESO:

TELÉFONO N°

La declaración de salud debe indicar toda dolencia y/o enfermedad que haya padecido o padece cualquiera de las personas que se indican como derechohabientes, la misma que será considerada como parte del contrato de seguro, siendo documento válido para la aplicación de coberturas. Todas las preguntas deben ser completadas y contestadas.

Esta solicitud forma parte del Contrato del Programa SEGUNDA CAPA. Los solicitantes declaran que las respuestas dadas en esta solicitud **SON VERÍDICAS Y COMPLETAS Y QUE ES DE SU CONOCIMIENTO QUE CUALQUIER OMISIÓN O FALSEDAD, ANULA EL CONTRATO DE SEGURO.**

Responda cada una de las preguntas indicadas a continuación marcando con una "X" en el recuadro correspondiente. Asegúrese que todas estén completas, de lo contrario la solicitud no podrá ser procesada y se tomará como no presentada.

Por favor, asegúrese de responder según el orden de dependientes asignado en la sección de **DATOS DE LOS ASEGURADOS DEPENDIENTES.**

PREEXISTENCIAS	CONYUGE		HIJOS	
	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedades al cerebro o del Sistema Nervioso: Aneurisma, epilepsia o convulsiones, parálisis, apoplejía, malformaciones arterio-venosas, derrame cerebral u accidente cerebrovascular, Parkinson, Alzheimer, migraña o dolor de cabeza a repetición, pérdida del conocimiento u otras enfermedades del sistema nervioso o en el cerebro.				
2. Enfermedades mentales, psiquiátricas o trastornos psicológicos: Neurosis, demencia de cualquier tipo, psicosis, depresión, esquizofrenia, paranoia, déficit de atención, trastornos del desarrollo, retraso mental, insomnio, tics, trastornos de la ingestión de alimentos como anorexia, bulimia, entre otros, tratamientos por cura de reposo o desintoxicación, o padece de alguna otra enfermedad trastornos psiquiátrico o psicológico o enfermedad mental.				
3. Enfermedades del aparato respiratorio: Asma, rinitis, bronquitis crónica, ronquera crónica, sinusitis crónica, enfisema, neumonía, fibrosis quística pulmonar, tuberculosis, sinusitis, desviación del tabique o septum nasal, apnea del sueño, hipertrofia de adenoides u otra afección del aparato respiratorio.				
4. Enfermedades del aparato cardiovascular: Infarto, angina, arritmia, enfermedades de la válvula cardíaca, angioplastia, presión arterial elevada o hipertensión arterial, soplo cardíaco, dislipidemia (colesterol y/o triglicéridos elevado), dolor precordial o de pecho, flebitis, várices, trombosis u otra dolencia cardiovascular.				
5. Enfermedades del aparato digestivo y pared abdominal: Dispepsia, gastritis (más de 2 episodios), úlcera, esofagitis, estreñimiento, hemorroides, divertículos, poliposis colónica, colon irritable, cirrosis hepática, cólico vesicular, diastasis de rectos, eventraciones, hernias, enfermedades en el esófago, estómagos, intestino páncreas, hígado o vesícula u otra dolencia digestiva				
6. Enfermedades endocrinológicas: Hipotiroidismo e hipertiroidismo, diabetes, síndrome de Cushing, adenoma o tumor de hipófisis, hiperprolactinemia u otra enfermedad endocrinológica u hormonal.				
7. Enfermedades del aparato genitourinario: Insuficiencia renal, incontinencia urinaria, quistes, cálculos, tumores, infecciones urinarias a repetición, glomerulonefritis, cistitis crónica, agenesia renal, enfermedades en la uretra, vejiga, próstata, enfermedades venéreas o de transmisión sexual u otras enfermedades del aparato urinario o de los órganos genitales. Si es afirmativa la respuesta precisar localización.				

PREEXISTENCIAS	CONYUGE		HIJOS	
	SI	NO	SI	NO
8. Infecciones por hongos, bacterias, virus u otros: Brucelosis, hepatitis B o C, VIH, SIDA, malaria, HTLV, cisticercosis u otras.				
9. Enfermedades ginecológicas: Miomas, fibromas, quiste, adenomas o lipomas, endometriosis, aborto a repetición, amenorrea o alteraciones del ciclo menstrual, displasia cervical, cervicitis crónica, papiloma virus, enfermedad inflamatoria pélvica, disfunción ovárica u otras enfermedades ginecológicas. Si es afirmativa la respuesta precisar localización.				
10. ¿Está embarazada actualmente? ¿Hubo tratamiento de fertilidad? _____ Tiempo de gestación: _____				
11. Enfermedades de la mama: Dolor, quiste, fibroadenoma, ginecomastia, gigantomastia.				
12. Infertilidad, disfunción sexual, cambios de sexo.				
13. Enfermedades autoinmunes o del tejido conectivo: Lupus, artritis reumatoide, esclerosis múltiple, espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn, fibromialgia, esclerodermia u otras enfermedades autoinmunes o del tejido conectivo.				
14. Enfermedades o dolencias en los huesos, articulaciones, columna vertebral y músculos: Artritis, artrosis, reumatismo, gota, cervicalgia, dorsalgia, lumbago, hernias, discopatías, escoliosis, osteoporosis u osteopenia, amputaciones, deformidades, fracturas, enfermedades musculares, dolencias en rodillas, enfermedades en los meniscos y cadera, codos u otras dolencias en los huesos, articulaciones o columna vertebral.				
15. Enfermedades hematológicas o de la sangre: Anemias, leucemias, policitemia, trastornos de la coagulación, hemofilia u otras enfermedades hematológicas o de la sangre.				
16. Enfermedades en los ojos: Cataratas, pterigión o carnosidad, glaucoma, ceguera, enfermedades de la retina, estrabismo, uveítis, trastornos de la visión, otras enfermedades de los ojos.				
17. Enfermedades de los oídos: Hipoacusias o sordera, enfermedades del tímpano u otras enfermedades de los oídos.				
18. Enfermedades de la piel: Psoriasis, vitiligo, acné, rosácea, melasma, dermatitis alérgica, hiperhidrosis, alopecia o caída del pelo u otras enfermedades de la piel.				
19. Tumor benigno o maligno, en cualquier órgano o tejido del cuerpo, enfermedad oncológica o cáncer.				
20. Transplante de cualquier órgano.				
21. Procedimientos estéticos y/o reconstructivos: Cirugía plástica y/o reconstructiva, presencia de prótesis o implantes de cualquier tipo.				
22. Enfermedad o defecto de origen congénito, genético o adquirido al nacer.				
23. ¿Practica algún deporte, actividad física de alto riesgo o deporte profesional? Detallar cuál y la periodicidad: _____				
24. ¿Consume o ha consumido cigarrillos? Nombre y Apellido: _____ Consumo semanal: ___ cigarrillos. Desde (año) ___ hasta (año) ___ Nombre y Apellido: _____ Consumo semanal: ___ cigarrillos. Desde (año) ___ hasta (año) ___				

PREEXISTENCIAS	CONYUGE		HIJOS	
	SI	NO	SI	NO
25. ¿Consume o ha consumido drogas, estupefacientes o hipnóticos, o es o ha sido farmacodependiente? Indicarlo: _____				
26. ¿Alguna de las personas por asegurar recibe algún medicamento actualmente o ha estado recibiendo algún medicamento? Detallar: _____				
27. ¿Tiene que ser hospitalizado o recibir tratamiento médico próximamente debido a alguna enfermedad u accidente? Detallar motivo y diagnóstico: _____				
28. ¿Tiene algo adicional que declarar sobre el estado de salud o estado físico de algunos de los solicitantes, que no esté incluido en alguna pregunta de esta solicitud?				

Si alguna respuesta fue positiva, indicar:

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, quien suscribe la presente solicitud autoriza de forma expresa a la IAFAS Ejército del Perú (FOSPEME) con el Programa Segunda Capa, el tratamiento y transferencia nacional de sus datos personales y datos sensibles para los efectos de lo dispuesto por la normativa aplicable para la ejecución del Contrato de Seguros así como para fines comerciales tales como el envío de publicidad y promociones de diferentes productos o servicios de la IAFA Ejército del Perú (FOSPEME).

Asimismo autoriza en forma expresa a que la IAFA Ejército del Perú encargue el tratamiento de los datos personales a un tercero y que realice un procesamiento automatizado o no con dichos terceros.

El archivo de la información se encuentra bajo la supervisión y control de la IAFA Ejército del Perú, quien asume la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la misma, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales, su reglamento y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación mediante comunicación escrita.

DECLARACIÓN JURADA DEL DECLARANTE

Esta solicitud de Seguro forma parte del Contrato del Plan de Salud Programa Segunda Capa de la IAFA Ejército del Perú.

Declaro que la información brindada en esta solicitud es cierta y completa y sé que la declaración inexacta, la omisión, simulación o falsedad en las declaraciones brindadas determina la nulidad del contrato, siempre que medie dolo o culpa inexcusable.

Declaro que conozco que la veracidad y exactitud de la información aquí consignada es esencial para la determinación de la cobertura y la decisión final del Programa Segunda para asegurar el riesgo analizado.

FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRES
DNI N°
CIP N°

ANEXO N° 03**ESCALA DE LA PRIMERA CAPA PARA EL PERSONAL MILITAR EN SITUACIÓN DE ACTIVIDAD Y EN SITUACIÓN DE RETIRO**

OFICIALES	MONTO
GENERAL DE DIVISIÓN	S/ 1,600.00
GENERAL DE BRIGADA	S/ 1,400.00
CORONEL	S/ 1,200.00
TENIENTE CORONEL	S/ 900.00
MAYOR	S/ 800.00
CAPITÁN	S/ 600.00
TENIENTE	S/ 500.00
SUB TENIENTE	S/ 500.00

TÉCNICOS Y SUB OFICIALES	MONTO
TÉCNICO JEFE SUPERIOR	S/ 800.00
TÉCNICO JEFE	S/ 800.00
TÉCNICO DE PRIMERA	S/ 600.00
TÉCNICO DE SEGUNDA	S/ 600.00
TÉCNICO DE TERCERA	S/ 600.00
SUB OFICIAL DE PRIMERA	S/ 500.00
SUB OFICIAL DE SEGUNDA	S/ 500.00
SUB OFICIAL DE TERCERA	S/ 500.00

ANEXO N° 04 PRIORIDADES DE ATENCIÓN EMERGENCIA

Prioridad I

Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata en la Sala de Reanimación – Shock Trauma.

- 1.- Paro Cardio Respiratorio.
- 2.- Dolor Torácico Precordial de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
- 3.- Dificultad respiratoria (evidenciada por polipnea, taquipnea, tiraje, sibilantes, estridor, cianosis)
- 4.- Shock (Hemorrágico, cardiogénico, distributivo, obstructivo)
- 5.- Arritmia con compromiso hemodinámico de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
- 6.- Hemorragia profusa.
- 7.- Obstrucción de vía respiratoria alta.
- 8.- Inestabilidad Hemodinámica (hipotensión / shock / crisis hipertensiva).
- 9.- Paciente inconsciente que no responde a estímulos.
- 10.- Paciente con trauma severo como:
 - Víctima de accidente de tránsito.
 - Quemaduras con extensión mayor del 20%.
 - Precipitación.
 - Dos o más fracturas de huesos largos proximales.
 - Injurias en extremidades con compromiso neurovascular.
 - Herida de bala o arma blanca.
 - Sospecha de traumatismo vertebro medular.
 - Evisceración.
 - Amputación con sangrado no controlado.
 - Traumatismo encéfalo craneano.
- 11.- Status Convulsivo.
- 12.- Sobredosis de drogas o alcohol más depresión respiratoria.
- 13.- Ingesta de órgano fosforado, ácido, álcalis, otras intoxicaciones o envenenamientos.
- 14.- Signos y síntomas de abdomen agudo con descompensación hemodinámica.
- 15.- Signos y síntomas de embarazo ectópico roto.
- 16.- Signos vitales anormales:

ADULTO

- Frecuencia Cardíaca < 50 x min.
- Frecuencia Cardíaca > 150 x min.
- Presión Arterial Sistólica < 90 mmHg.
- Presión Arterial Sistólica > 220 mmHg.
- Presión Arterial Diastólica > 110 mmHg ó 30 mmHg por encima de su basal.
- Frecuencia Respiratoria > 35 x min.
- Frecuencia Respiratoria < 10 x min.

PEDIÁTRICO

Lactante

- Frecuencia Cardíaca ≤ 60 x min.
- Frecuencia Cardíaca ≥ 200 x min.
- Presión Arterial Sistólica < 60 mmHg.
- Frecuencia Respiratoria $\geq a 60$ x min. (hasta los 2 meses).
- Frecuencia Respiratoria $\geq a 50$ x min (desde los 2 meses al año)
- Saturación de oxígeno $\leq a 85\%$.

Pre Escolar

- Frecuencia Cardíaca ≤ 60 x min.
- Frecuencia Cardíaca ≥ 180 x min.
- Presión Arterial Sistólica < 80 mmHg.
- Frecuencia Respiratoria $> a 40$ x min. (sin fiebre).
- Saturación de oxígeno $\leq a 85\%$.

17.- Suicidio frustrado.

18.- Intento suicida.

19.- Crisis de agitación psicomotora con conducta heteroagresiva.

20.- Problemas específicos en pacientes pediátricos.

- Intoxicaciones por ingesta o contacto.
- Períodos de apnea.
- Cambios en el estado mental: letargia, delirio, alucinaciones, llanto débil.
- Deshidratación con Shock: Llenado capilar mayor de tres segundos.
- Sangrado: Hematemesis, sangrado rectal, vaginal, epistaxis severa.
- Quemaduras en cara o más del 10% de área corporal.
- Quemaduras por fuego en ambiente cerrado.
- Acontecimiento de aspiración u obstrucción con cuerpo extraño.
- Status convulsivo.
- Status asmático.
- Hipertermia maligna.
- Trastornos de sensorio.
- Politraumatismo.
- Herida por arma de fuego.

Cualquier otro caso que amerite atención inmediata en la Sala de Reanimación.

Prioridad II

Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizarse en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos desde su ingreso, serán atendidos en Consultorios de Emergencia.

- Frecuencia respiratoria \geq de 24 por minuto.
- Crisis asmática con broncoespasmo moderado.
- Diabetes Mellitus Descompensada.
- Hemoptisis.
- Signos y síntomas de Abdomen Agudo.

- Convulsión reciente en paciente consciente.
- Dolor torácico no cardiogénico sin compromiso hemodinámico.
- Arritmias sin compromiso hemodinámico.
- Sangrado gastrointestinal, con signos vitales estables.
- Paciente con trastornos en el sensorio.
- Hipotonía, flacidez muscular aguda y de evolución progresiva.
- Descompensación Hepática.
- Hernia umbilical o inguinal incarcerada.
- Signos y síntomas de descompensación tiroidea.
- Contusiones o traumatismos con sospecha de fractura o luxación.
- Herida cortante que requiere sutura.
- Injuria en ojos perforación, laceración, avulsión.
- Desprendimiento de retina.
- Fiebre y signos inflamatorios en articulaciones.
- Síntomas y signos de cólera.
- Deshidratación Aguda sin descompensación hemodinámica.
- Hematuria macroscópica.
- Reacción alérgica, sin compromiso respiratorio.
- Síndrome febril o Infección en paciente Inmunosuprimido (Ejemplo: Paciente diabético con infección urinaria).
- Pacientes Post-Operados de Cirugía altamente Especializada o pacientes en programa de Hemodiálisis, con síntomas y signos agudos.
- Coagulopatía sin descompensación hemodinámica.
- Sobredosis de drogas y alcohol sin depresión respiratoria.
- Cefalea con antecedentes de trauma craneal.
- Síndrome Meníngeo.
- Síntomas y signos de enfermedades vasculares agudas.
- Cólico renal sin respuesta a la analgesia mayor de 06 horas.
- Retención urinaria.
- Síndrome de abstinencia de drogas y alcohol.
- Cuerpos extraños en orificios corporales.
- Cuerpos extraños en esófago y estómago.
- Pacientes con ideación suicida.
- Pacientes con crisis de ansiedad.
- Pacientes con reagudización de su cuadro sicótico sin conducta suicida ni agitación psicomotora fuera de control.
- Cuadro de demencia con conducta psicótica.
- Esguinces.
- Contusiones o traumatismos leves sin signos o síntomas de fractura o luxación.
- Enfermedad Inflamatoria de la pelvis.
- Coagulopatía.
- Flebitis o Tromboflebitis.
- Herpes Zoster ocular.
- Enfermedad eruptiva aguda complicada.
- Cefalea mayor de 12 horas.

Problemas específicos en pacientes Obstétricas:

- Hemorragia de cualquier trimestre del embarazo.
- Aborto provocado no terapéutico o intento fallido de aborto.
- Amenaza de parto prematuro.
- Gestante de 2º y 3º trimestre que reporta ausencia de movimiento fetales.
- Sangrado post-parto.
- Hipertensión que complica el embarazo.
- Signos y síntomas de toxemia severa.
- Bradicardia (menor de 120 x min.) y taquicardia (> de 160 x min.) Fetal.
- Traumatismo Abdominal.
- Deshidratación por hiperémesis.
- Cefalea.
- Epigastralgia.
- Edema Generalizado

Problemas Específicos en pacientes Pediátricos.

- Cualquier enfermedad en niños menores de 3 meses.
- Dolor Abdominal.
- Trauma craneano sin cambios en el estado mental o fracturas obvias.
- Niños con fiebre y petequias o púrpura.
- Niños menores de 3 meses con $T^{\circ} \geq$ que 38° C.
- Niños menores de 2 años con $T^{\circ} \geq$ que 39° C.
- Niños con síntomas de infección urinaria.
- Convulsiones recientes, síncope o mareos.
- Cefalea / epistaxis no controlada.
- Quemaduras en menos del 10% de área corporal.
- Trauma ocular no penetrante.
- Laceración que requiere sutura con sangrado activo.
- Niños que han sufrido agresión física.
- Odontalgia.
- Otagia.

Cualquier otro caso que a criterio del Médico tratante considere necesario la atención en algún Tópico de Emergencia.

ANEXO Nº 05

ORGANIGRAMA DEL PROGRAMA DE SALUD "SEGUNDA CAPA"

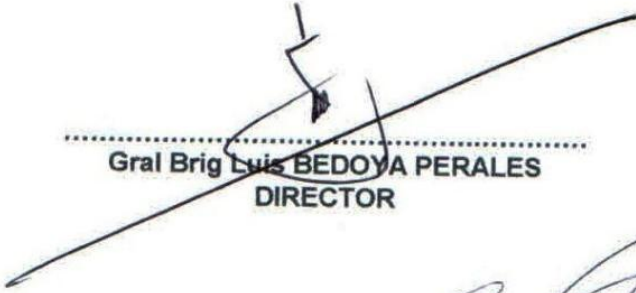




.....
Gral Brig Luis AGUILAR ALVA
PRESIDENTE DEL DIRECTORIO



.....
Gral Brig Luciano RIVERA POSTIGO
DIRECTOR



.....
Gral Brig Luis BEDOYA PERALES
DIRECTOR



.....
Cri EP Marco BARCENA REYES
DIRECTOR



.....
MY EP Walter SERRANO RODRIGUEZ
DIRECTOR



.....
Tte Cri EP Freddy VALERA SANGAMA
SECRETARIO

**El presente Reglamento fue aprobado por el Directorio de la IAFAS-EP
El 31 de mayo del 2018**