



**COMANDO DE SALUD DEL EJÉRCITO**  
**INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA DE LOS FONDOS DE ASEGURAMIENTO**  
**EN SALUD DEL EJÉRCITO DEL PERÚ - IAFAS EP (FOSPEME)**



**PROGRAMA DE SALUD "SEGUNDA CAPA"**  
**CONDICIONES GENERALES PARA LA AFILIACIÓN**

**DATOS DEL TITULAR**

APELLIDOS Y NOMBRES \_\_\_\_\_

GRADO \_\_\_\_\_ CIP           DNI

SITUACIÓN ACTIVIDAD  RETIRO  CPMP  UNIDAD \_\_\_\_\_ GGUU \_\_\_\_\_  
 MONTEPIO  RM \_\_\_\_\_

**¿QUÉ ES EL PROGRAMA DE SALUD "SEGUNDA CAPA"?**

Es un Programa de Salud complementario administrado por la IAFAS-EP (FOSPEME) creado sin fines de lucro, que se autofinancia con el aporte voluntario y solidario de los titulares afiliados. Está dirigido al personal militar del Ejército en situación de actividad, disponibilidad y retiro con derecho a pensión renovable, que se afilien de forma voluntaria. El Programa tiene naturaleza solidaria por que no recibe ingresos económicos por parte del Estado ni de la Institución. Este Programa le permite al titular contar con una ayuda económica solidaria en caso de que sus Derechohabientes (esposa e hijos menores de 28 años) inscritos en el Registro de Familia del Ejército con CIP y Tarifa Hospitalaria 1, sufran enfermedades, intervenciones quirúrgicas o accidentes que requieran HOSPITALIZACIÓN DE ALTO COSTO por caso clínico en los Establecimientos de Salud del Ejército (HMC, HMG, HHMMDD), hasta por Treinta mil (30,000.00) Soles por familia, según normas vigentes para la cobertura del Programa.

**¿QUÉ ES PRIMERA CAPA? (\*)**

Es el monto, según la escala determinada por grados, a partir del cual se considera "Atención médica hospitalaria de alto costo" y el Programa cobertura las atenciones del afiliado con Tarifa Hospitalaria 1, según la escala vigente.

OFICIALES	MONTO (S/.)	TECNICOS Y SSOO	MONTO (S/.)
GRAL DIV	1600.00	TCO JEFE SUP	800.00
GRAL BRIG	1400.00	TCO JEFE	800.00
CRL	1200.00	TCO 1ra	600.00
TTE CRL	900.00	TCO 2da	600.00
MAYOR	800.00	TCO 3ra	600.00
CAP	600.00	SO 1ra	500.00
TTE	500.00	SO 2da	500.00
STTE	500.00	SO 3ra	500.00

**¿QUÉ ES LA SEGUNDA CAPA?**

Es la cobertura económica que realiza el Programa a nombre del paciente más allá de la "Primera Capa" hasta por un monto de Treinta mil (30,000.00) Soles por familia. Ésta escala de aportes podrá ser modificada para el sostenimiento económico del Programa.

ESCALA DE APORTES SEGUN EDAD DEL MAYOR BENEFICIARIO HASTA LOS 64 AÑOS	OO / TCOS Y SSOO (S/.)
FAMILIAR MENOR DE 50 AÑOS	15.00
FAMILIAR MAYOR DE 50 A 54 AÑOS	20.00
FAMILIAR MAYOR DE 55 A 59 AÑOS	25.00
FAMILIAR MAYOR DE 60 A 64 AÑOS	30.00
FAMILIAR MAYOR DE 64 AÑOS PREVIAMENTE INSCRITO	35.00

**¿A QUIÉNES CUBRE EL PROGRAMA DE SALUD "SEGUNDA CAPA"?**

- > El Programa brinda la cobertura a los siguientes derechohabientes:
- > La/El cónyuge e hijos inscritos en la base de datos del Registro de Familia del Ejército, con Carnet de Identidad Personal (CIP) vigente con Tarifa Hospitalaria 1.
- > El/la hijo(a) menor de edad o el mayor de edad discapacitado en forma total y permanente para el trabajo, debidamente certificado por la IPRESS de la Institución Armada y registrado en el CONADIS.
- > El/la hijo(a) mayor de edad que acredite ser estudiante universitario de Pregrado o Instituto de Educación Superior, soltero y sin hijos, que dependa económicamente del titular y que no cuente con otro seguro público (ESSALUD / SIS), hasta cumplir los 28 años de edad.

**RANGO DE EDADES**

- > Edad máxima de inscripción (Esposa) 63 años, 11 meses, 29 días
- > Edad máxima de cobertura para los hijos(as) 27 años, 11 meses, 29 días

### ¿CUÁL ES LA COBERTURA QUE BRINDA EL PROGRAMA DE SALUD "SEGUNDA CAPA"?

- > Este Programa tiene un periodo de carencia de tres (03) meses de aportación, que se cuenta a partir del primer descuento en la boleta de pago.
- > Sólo se cobertura el periodo de hospitalización (desde el internamiento hasta el alta del paciente) en los Establecimientos de Salud del Ejército (HMC, HMG Y HHMMDD) y Establecimientos del Ministerio de Salud (MINS). No se cobertura el periodo ambulatorio.
- > Exámenes auxiliares para apoyo al diagnóstico (sólo hospitalizados).
- > Laboratorio, ecografía, radiología, histopatología.
- > Tomografía axial computarizada y resonancia magnética.
- > Medicinas y material médico gratuito a cargo del FOSPOME que estén incluidos en el Petitorio Único del Ejército (PUE) y Copago del 30% a cargo del titular para los medicamentos del Listado Especial.
- > Reembolso por gastos efectuados debidamente sustentados por el titular, revisados y aprobados por el Auditor Médico del Programa, con las boletas y recetas originales a nombre del paciente.

### ¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES EXCLUSIONES DEL PROGRAMA DE SALUD "SEGUNDA CAPA"?

- > No haber cumplido con el periodo de carencia de tres (03) meses de aportación por planilla de haberes y/o pensión.
- > No cubre gastos hospitalarios en clínicas particulares ni en el extranjero.
- > Cirugías estéticas o plásticas para fines cosméticos.
- > Prótesis dentales, ortodoncias e implante dental.
- > Adquisición de anteojos y cristales (lentes queratoplastia).
- > Suministro de muletas, aparatos o equipos ortopédicos.
- > Prótesis ortopédicas externas y prótesis articulares completas.
- > Prótesis endovasculares, Stent, Catéteres, Válvulas cardiacas, Injertos vasculares, Marcapasos cardiacos y Válvulas cerebrales.
- > No cubre gastos por tratamientos de enfermedades catastróficas como: Cáncer, infección por VIH – Sida, Hepatitis "C", Esclerosis múltiple, Hemodiálisis, Demencia senil, Síndrome ansioso depresivo, Osteoporosis, Dislipidemia, enfermedades Psiquiátricas y Psicológicas, Intento de suicidio y sus secuelas, Enfermedades por uso de estupefacientes, Accidentes de tránsito (cubierto por el SOAT) entre otros.

### ¿CÓMO SE ACCEDE A LA COBERTURA ECONÓMICA DEL PROGRAMA DE SALUD "SEGUNDA CAPA"?

Para solicitar la **CARTA DE GARANTÍA** el titular deberá presentar **OBLIGATORIAMENTE** lo siguiente:

- > Copia de CIP y DNI vigente del titular y paciente.
- > Orden de hospitalización del HMC.
- > Hoja de admisión hospitalaria del HMC.
- > Autorización de descuento de planilla de pago (OEE o CPMP) al HMC.

Para solicitar la cobertura para los **HIJOS (AS) MAYORES DE EDAD**, el titular presentará además lo siguiente:

- > Constancia de estudios y/o boleta de notas que acredite ser estudiante universitario de Pregrado o Instituto Superior.
- > Declaración jurada del hijo(a) que es soltero, que no tiene carga familiar y que no dispone de otro seguro público (ESSALUD, SIS) hasta cumplir los 28 años de edad.

Para efectos de cobertura se debe considerar el siguiente ejemplo: (\*) Referencia PRIMERA CAPA

GRADO DEL TITULAR GARANTE	TCOJ (R) (S/.)	MONTO REFERENCIAL (S/.)	800.00
Si los gastos por Atención Hospitalaria <b>NO SUPERA</b> los:	<b>800.00</b>	El gasto lo cancela íntegramente el titular al HMC	
Si los gastos por Atención Hospitalaria <b>SOBREPASA</b> los:	<b>800.00</b>	El gasto lo asume el Programa de Salud "Segunda Capa"	

### IMPORTANTE

El titular firma el presente documento en señal de haber tomado conocimiento pleno de las **CONDICIONES GENERALES** para la afiliación al Programa de Salud "Segunda Capa".

LIMA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

HUELLA DIGITAL

Firma \_\_\_\_\_

Post Firma \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_

CIP N° \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_



**COMANDO DE SALUD DEL EJÉRCITO**  
**INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA DE LOS FONDOS DE ASEGURAMIENTO**  
**EN SALUD DEL EJÉRCITO DEL PERÚ - IAFAS EP (FOSPEME)**  
**PROGRAMA DE SALUD "SEGUNDA CAPA "**



N° \_\_\_\_\_

**FICHA DE INSCRIPCIÓN**

**DATOS DEL TITULAR**

APELLIDOS Y NOMBRES \_\_\_\_\_

GRADO \_\_\_\_\_ CIP 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 DNI 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SITUACIÓN ACTIVIDAD  RETIRO  CPMP 

--	--

 MONTEPIO 

--	--

 UNIDAD \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO 

--	--	--

 EDAD \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ TELÉF. FIJO \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ N° CELULAR \_\_\_\_\_

FECHA DE INSCRIPCIÓN 

--	--	--

 INICIO DE COBERTURA 

--	--	--

**DATOS DE LA ESPOSA (O) (Edad máxima para la inscripción 63 años, 11 meses y 29 días)**

APELLIDOS Y NOMBRES \_\_\_\_\_

CIP 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 DNI 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FECHA DE NACIMIENTO 

--	--	--

 EDAD \_\_\_\_\_ TH \_\_\_\_\_

TIENE OTRO SEGURO PÚBLICO SI  NO  INDICAR \_\_\_\_\_

**DATOS DE LOS HIJOS (Menores de 18 años)**

APELLIDOS Y NOMBRES \_\_\_\_\_

CIP 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 DNI 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FECHA DE NACIMIENTO 

--	--	--

 EDAD \_\_\_\_\_

APELLIDOS Y NOMBRES \_\_\_\_\_

CIP 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 DNI 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FECHA DE NACIMIENTO 

--	--	--

 EDAD \_\_\_\_\_

APELLIDOS Y NOMBRES \_\_\_\_\_

CIP 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 DNI 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FECHA DE NACIMIENTO 

--	--	--

 EDAD \_\_\_\_\_

**DATOS DE HIJOS (Mayores de 18 años) (Edad máxima para la cobertura 27 años, 11 meses y 29 días)**

APELLIDOS Y NOMBRES \_\_\_\_\_

CIP DNI FECHA DE NACIMIENTO    EDAD \_\_\_\_\_ SOLTERO  CASADO  HIJOS \_\_\_\_\_ESTUDIA SI  NO  UNIVERSIDAD  INSTITUTO  OTROS \_\_\_\_\_TRABAJA SI  NO  TIENE OTRO SEGURO PÚBLICO SI  NO  INDICAR \_\_\_\_\_

APELLIDOS Y NOMBRES \_\_\_\_\_

CIP DNI FECHA DE NACIMIENTO    EDAD \_\_\_\_\_ SOLTERO  CASADO  HIJOS \_\_\_\_\_ESTUDIA SI  NO  UNIVERSIDAD  INSTITUTO  OTROS \_\_\_\_\_TRABAJA SI  NO  TIENE OTRO SEGURO PÚBLICO SI  NO  INDICAR \_\_\_\_\_**ANTECEDENTES PATOLOGICOS (Enfermedades Pre-existentes y/o Congénitas al momento de la inscripción)**

PARENTESCO \_\_\_\_\_ APELLIDOS Y NOMBRES \_\_\_\_\_

HTA  TBC  GASTRITIS  ASMA  HEPATITIS  PSIQ.  OTROS  NINGUNO 

ENFERMEDAD ACTUAL \_\_\_\_\_

**INDICACIONES PARA LA COBERTURA DEL PROGRAMA DE SALUD "SEGUNDA CAPA"**

- El titular declara bajo juramento que todos los datos consignados en la presente ficha de inscripción son verdaderos, en caso de falsedad los beneficiarios **PIERDEN DERECHO A LA COBERTURA**, pues queda entendido que su total veracidad es esencial para los beneficios que brinda el Programa por ser de naturaleza solidaria y voluntaria.
- El titular declara que conoce los beneficios y obligaciones del Programa, así como el deber de aportar solidariamente un monto descontable por planilla de acuerdo a la escala vigente, la cual está sujeta a un estudio matemático actuarial reajustable para el sostenimiento económico del Programa.
- La cobertura que brinda este Programa, entrará en vigencia al término del periodo de carencia de tres (03) meses de aportación por la boleta de pago, que se efectuará dos meses después de su inscripción. Para efectuar dicho descuento el titular deberá llenar una Ficha de Autorización de descuento ante la **OEE** o **CPMP** (trámite que realizará el Programa Segunda Capa) para su procesamiento, la misma que se renovará automáticamente cada doce (12) meses.
- El titular que deje de aportar por tres (03) meses consecutivos, quedará **INACTIVO** y **NO** podrá ser coberturado por el Programa, hasta que regularice sus aportaciones pendientes de pago, mediante solicitud dirigida al Programa.
- El titular que pase a la situación de retiro, deberá presentar una nueva Autorización de Descuento ante la CPMP y regularizar sus aportes pendientes mediante depósito bancario, a fin de no perder su condición de afiliado al Programa.
- El titular que desee desafiliarse voluntariamente, lo hará a través de una solicitud dirigida al Programa, siempre y cuando **NO HAYA** recibido algún beneficio económico por parte del Programa, de haberlo recibido **NO PODRÁ** desafiliarse. Por ningún motivo habrá devolución de aportes, por ser un Programa de ayuda económica solidaria.
- El titular firma la presente Ficha de Inscripción en señal de haber tomado conocimiento de las **CONDICIONES GENERALES** para la afiliación al Programa, por lo cual autoriza con su firma el descuento por planilla para su aporte mensual.

LIMA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

**HUELLA DIGITAL**

<b>HUELLA DIGITAL</b>

Firma \_\_\_\_\_

Post Firma \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_

CIP N° \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

**SE ADJUNTA**

- > Copia de **CIP** y **DNI** del **TITULAR**
- > Copia de **CIP** y **DNI** de la (el) **ESPOSA (O)**
- > Copia de **CIP** y **DNI** de los **HIJOS (AS)**



**COMANDO DE SALUD DEL EJÉRCITO**  
**INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA DE LOS FONDOS DE ASEGURAMIENTO**  
**SALUD DEL EJÉRCITO DEL PERÚ - IAFAS EP (FOSPEME)**



**PROGRAMA DE SALUD "SEGUNDA CAPA"**

**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO**

Yo \_\_\_\_\_  
 Grado - Arma/Esp \_\_\_\_\_ Apellidos y Nombres \_\_\_\_\_

con CIP N° \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_ Unidad \_\_\_\_\_

en Situación de \_\_\_\_\_ CPMP  Montepío

Domicilio \_\_\_\_\_

Distrito \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

Teléfono N° \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**AUTORIZO** al Programa de Salud "Segunda Capa", a efectuar el descuento mensual a través de la planilla de haberes y/o pensión, correspondiente a mi aporte económico solidario según la escala vigente. Asimismo, **AUTORIZO** que éste descuento se realice a través de la **OFICINA ECONÓMICA DEL EJÉRCITO (OEE)** y/o **CAJA DE PENSIÓN MILITAR POLICIAL (CPMP)**, el mismo que será renovable cada doce (12) meses y sólo culminará en caso de que solicite por escrito mi desafiliación voluntaria, siempre y cuando **NO HAYA** recibido algún beneficio económico por parte del Programa.

Tomo conocimiento que **NO** existe devolución de aportes por ser éste un Programa de Salud de ayuda económica solidaria.

Por lo cual, **AUTORIZO** con mi firma, se efectúe el descuento correspondiente por planilla.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20

<b>HUELLA DIGITAL</b>

Firma \_\_\_\_\_

Post Firma \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_

CIP N° \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_