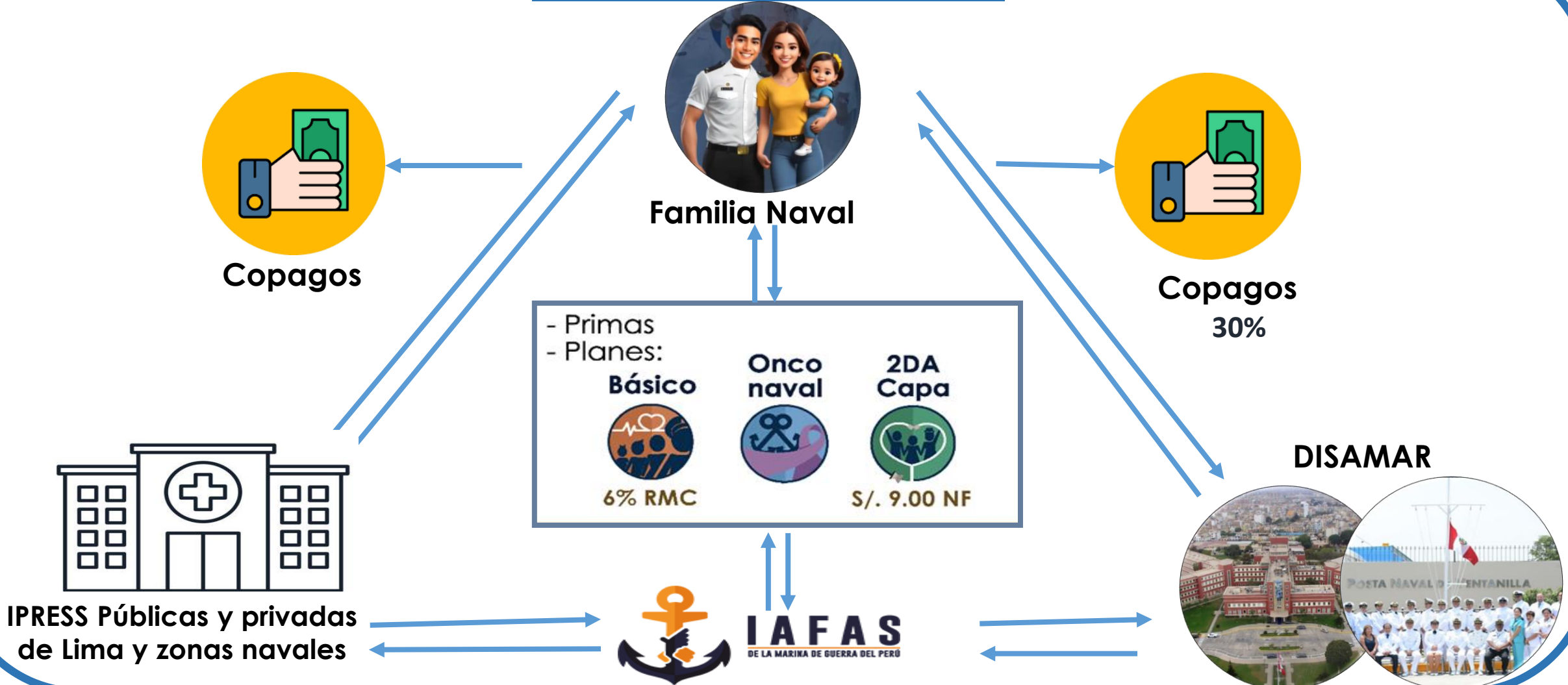




SISTEMA DE SALUD NAVAL

SUSALUD





PLAN DE SALUD BÁSICO

(DIPERMAR N° 09-22)

<https://www.iafasfosmar.pe/planes/plan-básico/>

- ✓ Financiamiento: **El estado aporta el 6%** de la remuneración consolidada mensual.
- ✓ Beneficiarios: **Titular, esposa o conviviente e hijos ***.
- ✓ Cobertura: titular (100%), esposa o conviviente e hijos * (70%)
- ✓ El personal naval en **actividad** se encuentra en el **Plan Básico 1** y sus derechohabientes en el **Plan Básico 2**, al pasar a la situación de **retiro** pasarán al **Plan Básico 3** y sus derechohabientes al **Plan Básico 4**.
- ✓ Excluye medicina fuera del petitorio farmacológico (medicinas oncológicas).

*Quienes deberán estar previamente registrados en la Base de datos de DIPERADMON



PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO SEGUNDA CAPA

(DIPERMAR N° 08-22)

<https://www.iafasfosmar.pe/planes/plan-segunda-capa/>

- ✓ Financiamiento: **Aporte de los afiliados** (prima por familia)
- ✓ Beneficiarios: **esposa, hijos y conviviente.**
- ✓ Cobertura: Copagos del Plan Básico que excedan los S/. 1,500.00 (primera capa) y a partir de dicho monto hasta una cobertura de S/. 25,000.00.

PRIMA MENSUAL SEGUNDA CAPA (POR FAMILIA)		
Beneficiario	Edad	Prima
Esposa	Sin Límite De Edad	S/ 9.00
Hijos	Hasta Los 28 Años	



PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL

(DIPERMAR N° 11-22)

<https://www.iafasfosmar.pe/planes/plan-onconaval/>

- ✓ Financiamiento: Aporte de los afiliados (**prima por persona**)
- ✓ Beneficiarios: **Titular, esposa, hijos, padres y suegros***.
- ✓ Cobertura: **100% para titular, esposa, hijos, padres y suegros***.

PRIMA MENSUAL ONCONAVAL** (POR PERSONA)			
Beneficiario	Hasta 28 años	De 29 a 49 años	De 50 a más
Titular/Cónyuge/Conviviente	S/ 19.00	S/22.00	S/ 23.00
Hijos	S/ 19.00	S/ 30.00	S/ 50.00
Padres y Suegros	-	-	S/ 50.00

* Afiliados hasta el 31 de abril del 2019.

** Primas se aplican al personal naval afiliado antes del cambio del 03/06/2024.



INFORMACIÓN IMPORTANTE QUE DEBES SABER AHORA QUE PASARÁS A LA SITUACIÓN MILITAR DE RETIRO

- Tu pensión te será abonada por la Caja de Pensiones Militar Policial (CPMP), por ello si tienes contratados los **Planes de Salud Onconaval y Segunda Capa** con la IAFAS FOSMAR, debes acercarte a llenar tu **formato de autorización de descuento para la CPMP** a una de nuestras siguientes oficinas, y así las primas de tus planes podrán seguir siendo descontadas:
 - **Oficina Principal:** Av. Venezuela s/n Bellavista – Callao Cdra. 36 de Av. Venezuela (Ref. Centro Médico Naval “CMST”).
 - **Oficina de la Base Naval del Callao** (Ubicada en el boulevard de BASNACA).
- En caso no puedas hacerlo de forma presencial, puede realizarlo a través de **forma virtual**, para ello debes descargar el formato en el siguiente enlace <https://www.iafasfosmar.pe/formatos/> y enviarlo al correo difosmar.asegurado@iafasfosmar.pe.
- Teléfono de Atención al Usuario de la IAFAS : **935 820 448 / 929 465 425**



DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS DE LA MARINA



FORMATO DE AUTORIZACION DE DESCUENTO A LA CAJA

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO A LA CAJA DE PENSIONES MILITAR POLICIAL

Situación de “Retiro”

Yo.....
....., en Situación de.....Identificado con CIP.....
D.N.I. (CE)Domiciliado.....
Distrito.....con teléfono.....

Autorizo a la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú a efectuar el descuento por concepto de Prestaciones de Salud Extra-institucionales, así como las aportaciones respectivas a los Planes de salud Onconaval y Segundo Capa, sobre mi pensión mensual que percibo a través de la Caja de Pensiones Militar Policial, siendo los códigos de descuento autorizados los siguientes:

- 0001 PLAN ONCONAVAL
- 0002 PLAN SEGUNDA CAPA
- 0003 ATENCIONES EXTRAINSTITUCIONALES

Asimismo, mediante el presente documento se deja constancia que la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, será el único responsable del monto del descuento enviado y efectuado por la Caja de Pensiones Militar Policial sobre mi pensión; por lo que cualquier reclamo o consulta la realizaré a dicha entidad.

Fecha: 1 de enero del 2025

Bellavista, de.....del 20.....

.....

FIRMA

D.N.I. (CE)

Huella Digital

