



Ejército del Perú

## PROGRAMA ONCOLÓGICO DEL EJÉRCITO – “ONCOEP”



EJÉRCITO DEL PERÚ  
IAFAS

### FICHA DE INSCRIPCIÓN

#### 1) TITULAR

Apellidos:.....

Nombres:.....

Fecha de nacimiento:..... Grado:..... Arma:.....

Unidad:..... GGUU:..... RM:.....

Situación:      Actividad       Retiro       Montepio       CPMP   
DNI            CIP

Dirección:.....

E-mail:..... Telf.:.....

#### 2) DERECHOHABIENTES

PARENTESCO	APELLIDOS		NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO	Nº CIP	Nº DNI
	PATERNO	MATERNO				

#### 3) DISPOSICIONES GENERALES

El afiliado declara haber sido informado de los beneficios y obligaciones del Programa ONCOEP, así como el deber de aportar facultativamente a través de la Oficina Económica del Ejército un monto descontable por planilla de acuerdo a la escala establecida en la normativa vigente. Dicha información puede ser descargada de la página web: [www.iafasep.gob.pe/oncoep/](http://www.iafasep.gob.pe/oncoep/) Nuestros afiliados al día en sus aportes, con derecho y acceso a los beneficios recibirán la cobertura de salud oncológica pasado el periodo de carencia y al presentar el RESULTADO ANÁTOMO PATOLÓGICO y/o informe hematológico original que determine el diagnóstico de cáncer reciente, serán atendidos en la Institución Prestadora de Servicios de Salud del Hospital Militar Central (IPRESS-HMC) a través del Servicio de Oncohematología, según los estándares internacionales y las guías clínicas aprobadas. Asimismo, toda atención oncológica que se encuentre dentro de la cobertura del Programa ONCOEP y se realice fuera de la IPRESS-HMC por falta de capacidad resolutiva, tendrá que ser previamente evaluada por el Auditor Médico del programa y autorizada por la IAFAS DEL EJÉRCITO DEL PERÚ para derivarse a un Centro Especializado con el cual se tenga un convenio tarifado.

#### BENEFICIOS

Las Prestaciones comprenden tratamientos oncológicos convencionales acorde con las guías aceptadas internacionalmente según la National Comprehensive Cancer Network (NCCN), La European Society for Medical Oncology (ESMO) hasta la categoría de evidencia 2 A, y Medicina Basada en Evidencia (MBE) con ensayos clínicos de Fase III concluidos exitosamente y con beneficio demostrado, Guías Clínicas no experimentales en quimioterapia, bioterapia, radioterapia y cirugía, disponibles en Perú, vigentes al momento de la atención y que cuenten con la aprobación de la Food and Drugs Administration (FDA), previa aprobación del Comité Farmacoterapéutico.

El ONCOEP cubrirá los costos del tratamiento del cáncer a partir de la presentación del informe anatopatológico y/o hematológico, y los costos asociados a consultas, medicinas, tratamientos e intervenciones quirúrgicas, procedimientos clínicos y terapias (quimioterapia disponible en Perú con aprobación de la DIGEMID, bioterapia, cirugía y radioterapia) considerados estándar y no experimentales que hayan sido brindadas por un médico oncólogo de la respectiva institución o debidamente autorizado por la administración de ONCOEP en coordinación del Auditor Médico.

Esta cobertura incluye:

- **Tratamientos ambulatorios** e intervenciones quirúrgicas, procedimientos quirúrgicos, quimioterapia, bioterapia y radioterapia disponibles en Perú.
- **Laboratorio clínico**, histopatología y laboratorio molecular, que incluye citometría de flujo e inmunofenotipo, citogenética inmunohistoquímica, estudio de FISH CISH.
- **Estudios de imágenes**, que incluye: radiografías, ecografías, mamografía digital, resonancia magnética, tomografía espiral multicorte, medicina nuclear, PET-CT scan, siempre y cuando fuera necesario y autorizado por auditoría médica del Programa.
- **Tratamiento médico**: quimioterapia, hormonoterapia, bioterapia, terapia con modificadores de la respuesta biológica: anticuerpos monoclonales, factores estimulantes de colonia, inmunoterapia, inhibidores de proteosomas, inhibidores de tirosinkinasa, antiangiogénicos y factores de crecimiento epidermal (EGFR), disponibles en Perú y considerados en la NCCN (National Comprehensive Cancer Network) hasta la categoría de evidencia y consenso 2A vigentes al momento de la atención; y que cuenten con la aprobación de la FDA, sustentados en Medicina Basada en Evidencia (MBE) nivel IIA y DIGEMID.
- **Tratamiento con radioterapia** (braquiterapia, tratamiento conformacional 3D, IMRT) radiofrecuencia y radiocirugía.
- **Gastos por hospitalización** posterior al diagnóstico anatopatológico, tales como: habitación individual simple, honorarios por servicios médicos y cualquier otro concepto derivado del periodo de hospitalización, costo y administración de medicamentos oncológicos disponibles en Perú, anestésicos y oxígeno, derecho de sala de operaciones, tratamiento si el paciente lo requiere en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Los titulares y afiliados de ONCOEP recibirán, según corresponda en cada caso, el financiamiento de las siguientes atenciones médicas oncológicas:

- **Cuidados paliativos** y del dolor, previa evaluación y aprobación del Programa Oncológico.
- **Nutrición parenteral y enteral** a pacientes que no pueden alimentarse oralmente a consecuencia de una intervención oncológica o por patología relacionada al tracto digestivo y/o respiratorio, previa evaluación y aprobación del Programa Oncológico.
- **Cirugía por alta sospecha de cáncer** de tumores no biopsiables en función de la evaluación clínica, imagenológica y marcadores tumorales; la cobertura se hará efectiva con la confirmación anatómico patológica de cáncer. Las neoplasias incluidas en esta cobertura son las siguientes: neoplasias de encéfalo, neoplasias de páncreas, neoplasia renal, neoplasia de hígado, neoplasias de ovario y testículo.
- **Quimioterapia de altas dosis** con rescate de progenitores hematopoyéticos.
- **Tratamiento oncológico de neoplasias** malignas relacionadas con el VIH/SIDA.
- **Tratamiento por complicaciones de la quimioterapia** como neutropenia, plaquetopenia, anemia, vómitos, infección de catéter y complicaciones post operatorias y de radioterapia.
- **Cobertura de atenciones extrainstitucionales autorizadas por ONCOEP** cuando el caso lo amerite, a solicitud del médico oncólogo tratante en instituciones especializadas que tengan convenios suscritos con la IAFAS DEL EJÉRCITO DEL PERÚ.

**EXCLUSIONES:** se excluye el financiamiento de las prestaciones médicas oncológicas, cuando se presenten las siguientes situaciones:

**Los pacientes con diagnóstico de cáncer pre-existente** definitivo o presuntivo no descartado, antes y/o durante el período de carencia. **Enfermedades que no sean diagnosticadas como cáncer**. Los **tratamientos psicológicos o psiquiátricos**, así como tratamientos por desórdenes nerviosos o trastornos del sueño, asociados a enfermedad oncológica. **Tratamientos por suicidio** e intento de suicidio y/o todo daño derivado de la autoeliminación por padecimiento de cáncer. **Reembolso de gastos** por cualquier concepto originados por la atención de los pacientes. Segunda opinión que no sea autorizada por la Junta Médica del Servicio de Oncohematología del HMC y el Auditor Médico del Programa ONCOEP. **Cirugías estéticas, plásticas**, o reconstructivas y prótesis de cualquier tipo, exceptuando aquellas que impliquen soporte vital y/o funcionalidad del órgano. **Equipos médicos durables**, tales como: tensiómetro, equipos de oxigenoterapia, glucómetro (equipo y tiras), respiradores, pulsioxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP o similares, audífonos e implantes cocleares, separadores interespinales para columna vertebral y discos intervertebrales protésicos, y demás dispositivos similares empleados en neurocirugía y otras prótesis ortopédicas externas. Asimismo, las órtesis u otros (sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés, etc.), así como el uso de servicios y equipos de diálisis y/o cámara hiperbárica. Complicaciones médicas generadas por el incumplimiento de las indicaciones médicas otorgadas. Medicamentos y **tratamientos experimentales** o en investigación. Tratamientos para VIH/SIDA. Vitaminas y/o suplementos alimenticios y productos no medicinales, lácteos y vacunas, productos o extractos naturales, medicina homeopática, farmacopea china, medicamentos experimentales según lo establecido por la FDA, medicina

con fines placebo o de eficacia terapéutica no comprobada o de beneficio no demostrado científicamente. **Medicina alternativa** o complementaria tales como la acupuntura, hipnosis, aromaterapia, kinesiología, reflexoterapia, yoga, tratamientos médicos cuyo beneficio no esté demostrado científicamente, o su eficacia terapéutica no esté debidamente comprobada, considerándose en esta exclusión los tratamientos experimentales y medicamentos oncológicos no aprobados o en periodo de prueba, según la FDA, ni las complicaciones por la utilización de los mismos. Los servicios o tratamientos realizados o prescritos por personas que no sean médicos colegiados especialistas. Los procedimientos, medicamentos, equipos, insumos o tratamientos que carezcan de un beneficio clínico relevante frente a las alternativas vigentes o sustentados en la National Comprehensive Cancer Network (NCCN), la European Society for Medical Oncology (ESMO) hasta la categoría de evidencia 2 A, y Medicina Basada en Evidencia (MBE) con ensayos clínicos de Fase III concluidos exitosamente y con beneficio demostrado, vigentes al momento de la atención y que cuenten con la aprobación de la Food and Drugs Administration (FDA), previa aprobación del Comité Farmacoterapéutico. **Trasplante de medula ósea**, tejidos y órganos, Tratamientos de rehabilitación o terapia física. **Costo por cualquier tipo de traslado**, alojamiento o gastos del afiliado en Centro de Hospedaje diferentes al HMC. Gastos de acompañantes, televisión, artículos de tocador y otros similares. Los gastos por tratamiento médico, así como honorarios médicos u otros, que sean pactados directamente por el Afiliado. Todo tratamiento o **gasto efectuado en el extranjero** y gastos de transporte de cualquier tipo. **Compra de sangre**, plasma, hemoderivados, tejidos y órganos. Suministro y administración de albúmina humana, plasma rico en plaquetas y tratamientos que impliquen el uso de células madre. Así como gastos relacionados a los procedimientos de transfusión, y exámenes o pruebas realizadas a los donantes. Exámenes, diagnósticos y procedimientos terapéuticos no disponibles a nivel nacional. Medicamentos no contemplados en el Petitorio Único del Ejército (PUE) y que no sean pertinentes para el manejo de la patología oncológica o para el tratamiento de sus complicaciones. **Medicamentos oncológicos no comercializados a nivel nacional**.

#### **4) DISPOSICIONES ESPECÍFICAS**

En aplicación a las normas vigentes del Programa Oncológico del Ejército del Perú, declaro bajo juramento:

- No padecer de cáncer, ni tener antecedente de enfermedad oncológica, así como mis derechohabientes, previo al momento de la inscripción al Programa ONCOEP.
- Tener conocimiento de los beneficios, cobertura y exclusiones para el financiamiento de las prestaciones de salud oncológica del PROGRAMA ONCOLÓGICO DEL EJÉRCITO DEL PERÚ “ONCOEP”; así como tener conocimiento que el descuento mensual tendrá duración de un (01) año y será renovable de manera automática siempre que no comunique por escrito si deseo desafiliarme. Asimismo, tomo conocimiento que este aporte es solidario y sin lugar de devoluciones. El periodo de carencia de 90 días calendario inicia a partir del primer descuento por boleta de pago. En caso de dejar de aportar por tres (03) meses consecutivos se suspenderán los derechos en el Programa hasta su cancelación, y en caso de incumplimiento del aporte mayor a seis (06) meses consecutivos, perderé la inscripción y beneficios de los mismos, sin derecho a devolución de las aportaciones, siendo separado automáticamente del programa y de la base dedatos.
- Haber recibido, orientación para visualizar y/o descargar vía online información normativa del PROGRAMA ONCOLÓGICO DEL EJÉRCITO DEL PERÚ “ONCOEP”.
- Tener conocimiento que he de adjuntar oportunamente toda documentación, la cual cumpla con lo dispuesto conforme a normativa del Programa ONCOEP, aceptando dichas condiciones al momento de mi afiliación.

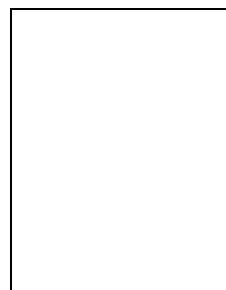
#### **5) AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO**

Autorizo al programa complementario de salud oncológica “ONCOEP” a efectuar el descuento mensual de mi remuneración y/o pensión, según las escalas establecidas en norma vigente mediante estudio matemático actuaria. Asimismo, autorizo a que este descuento se renueve anualmente y sólo cese en caso de que a mi voluntad y por escrito me retire del programa este descuento sin derecho a devolución de aportes, el cual se realizará por intermedio de la Oficina Económica del Ejército y/o Caja de Pensión Militar Policial, por afiliación en el Programa “ONCOEP” quién será el único responsable de administrar el monto del descuento enviado y efectuado.

En señal de conformidad de las obligaciones, beneficios y exclusiones contenidas en el manual del Programa Oncológico del Ejército Peruano, procedo a suscribir el presente documento en forma voluntaria y en pleno uso de mis facultades.

Lima,....de..... del 20....

FIRMA : .....



POST – FIRMA : .....

GRADO : .....

DNI : .....

MONTO A DESCONTAR: S/ .....

#### **ADJUNTAR**

Copia de CIP y DNI Titular

Copia de CIP y DNI Esposa e Hijos

IMPRESIÓN DACTILAR  
ÍNDICE DERECH

## DECLARACION JURADA

La información contenida en este documento tiene el carácter y compromiso de declaración jurada y determina que el **CONTRATANTE**, suscriptor de la misma, conoce y por lo tanto declara con verdad y suficiencia de conocimiento sobre la condición de salud y antecedentes médicos de cada una de las personas propuestas en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** como afiliados. Asimismo autoriza a **IAFAS-ONCOEP** si lo considera necesario poder tener acceso a la revisión de la historia clínica de los solicitantes que declara con fines de auditoría, fiscalización, continuidad y control de beneficios.

- Marcar con X según corresponda: Si alguna de las respuestas es positiva, ampliar la información solicitada.
- En las observaciones especificar el examen tomado

## LEY 29733

### LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y SU REGLAMENTO

El **CONTRATANTE** declara estar debidamente informado sobre el uso y tratamiento de datos personales y huella digital proporcionada a la **IAFAS-ONCOEP**, los cuales son estrictamente necesarios para la gestión del programa oncológico adquirido. El **CONTRATANTE** declara estar de acuerdo con que la **IAFAS-ONCOEP** incorpore y almacene sus datos personales en el sistema del programa oncológico **ONCOEP-IAFAS**. El **CONTRATANTE** declara contar con la autorización de la(s) persona(s) consignada(s) como **AFILIADO(S)** para el tratamiento de los datos personales incluidos en el mismo, así como aquella contemplada en la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**.

En tal sentido, el **CONTRATANTE** ha sido informado y autoriza a la **IAFAS** a tratar sus datos personales y de las personas propuestas para:

- Evaluar el estado de su afiliación en base a la información proporcionada.
- Aprobar la cobertura del programa ante la activación como paciente oncológico.
- Gestionar el cobro de los aportes, deudas.
- Usar su huella digital para efectos de la gestión administrativa, comercial y acreditación del **AFILIADO** para la prestación médica.
- Cumplir con requerimientos de información de autoridades administrativas o judiciales, relacionados a su afiliación.

Mediante la firma del presente documento, el **CONTRATANTE** manifiesta conocer y aceptar toda la información proporcionada y declarada en el mismo.

...../...../.....

**Fecha de solicitud**

.....

**Firma del contratante**

## COMANDO DE SALUD DEL EJÉRCITO

### “PROGRAMA ONCOEP”

#### AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO A LA CAJA DE PENSIONES MILITAR POLICIAL

Yo,.....  
con CIP Nº....., DNI Nº....., en **SITUACIÓN DE RETIRO**, Domiciliado  
en.....  
.....  
telf:..... E-mail:.....

AUTORIZO al programa complementario de salud oncológica “ONCOEP” a efectuar el descuento mensual de mi remuneración y/o pensión, según las escalas establecidas en el Reglamento del mismo, AUTORIZO a que este descuento se renueve anualmente y sólo cese en caso de que a mi voluntad y por escrito me retire del programa este descuento, enviado y efectuado por la **CAJA DE PENSIONES MILITAR POLICIAL (CPMP)** sobre mi pensión, por inscripción en el Programa “ONCOEP” quién será el único responsable de administrar el monto del descuento enviado y efectuado.

Lima,.....de.....del 20.....

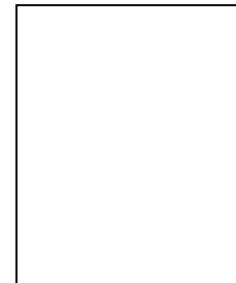
FIRMA : .....

POST – FIRMA : .....

GRADO : .....

DNI : .....

MONTO A DESCONTAR:.....



IMPRESIÓN DACTILAR ÍNDICE DERECHO

#### ADJUNTAR

COPIA DE CIP Y DNI TITULAR

COPIA DE CIP Y DNI ESPOSA E HIJOS

## COMANDO DE SALUD DEL EJÉRCITO

### “PROGRAMA ONCOEP”

#### AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO A LA OFICINA PREVISIONAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

Yo,.....  
con CIP Nº....., DNI Nº....., en **SITUACIÓN DE RETIRO**, Domiciliado  
en.....  
.....  
telf:..... E-mail:.....

AUTORIZO al programa complementario de salud oncológica “ONCOEP” a efectuar el descuento mensual de mi remuneración y/o pensión, según las escalas establecidas en el Reglamento del mismo, AUTORIZO a que este descuento se renueve anualmente y sólo cese en caso de que a mi voluntad y por escrito me retire del programa este descuento, enviado y efectuado por la **OFICINA PREVISIONAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (OPREFA-MINDEF)** sobre mi pensión, por inscripción en el Programa “ONCOEP” quién será el único responsable de administrar el monto del descuento enviado y efectuado.

Lima,.....de.....del 20.....

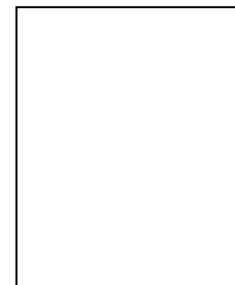
FIRMA : .....

POST – FIRMA : .....

GRADO : .....

DNI : .....

MONTO A DESCONTAR:.....



IMPRESIÓN DACTILAR ÍNDICE DERECHO

#### ADJUNTAR

COPIA DE CIP Y DNI TITULAR

COPIA DE CIP Y DNI ESPOSA E HIJOS