

REGISTRO DE ENTRADA
(Sólo utilizable por el primer Registro del ISFAS que reciba esta solicitud).

EXPEDIENTE DE AUTORIZACIÓN PREVIA ASISTENCIA SANITARIA **TRANSFRONTERIZA**

CÓDIGO DEL EXPEDIENTE

SOLICITUD

				T					
Número de Afiliación 28/7	DATOS DEL TI		TULAR		N.I.F.				
Apellidos			Nombre		Teléfono				
DOMICILIO (sólo si se desea variar el que consta en el ISFAS)			Código postal y Localidad		Provincia				
		Calle y número			Correo Electrónico				
DOMICILIO PARA	☐ El que conste para el ISFAS								
NOTIFICACIONES	☐ El que se indica a continuación	Municipio	F	Provincia y Código Postal					
DATOS DEL BENEFICIARIO									
Nº de orden Apellidos	VET TELLINIO	N.I.F.							
ESTADO DE LA UNIÓN EU ASISTENCIA SANITARIA TR	ROPEA DONDE DESEA RECIBIR ANSFRONTERIZA	O ESPECIALISTA:							
PROCEDIMIENTOS O TRATAMIENTOS INDICADOS QUE SE DESEA REALIZAR EN OTRO ESTADO MIEMBRO DE LA UNIÓN EUROPEA:									
☐ ATENCIÓN QUE IMPLICA QUE EL PACIENTE TENGA QUE PERNOCTAR EN UN HOSPITAL, AL MENOS UNA NOCHE.									
☐ ATENCIÓN A PATOLOGÍAS Y REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS PARA LOS CUALES SE HAN DESIGNADO SERVICIOS DE REFERENCIA, DE ACUERDO CON EL REAL DECRETO 1302/2006, DE 10 DE NOVIEMBRE.									
CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA QUE REQUIERA LA UTILIZACIÓN DE UN IMPLANTE QUIRÚRGICO.									
☐ DIÁLISIS.									
☐ DIALISIS. ☐ TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS O CON PRODUCTOS BIOLÓGOCOS, CUYO IMPORTE SEA SUPERIOR A 1.500 €									
☐ TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET), Y COMBINADA CON EL TC (PET-TC) Y SPECT.									
☐ TRATAMIENTOS CON RADIOTERAPIA.									
RADIOCIRUGÍA.									
REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA.									
☐ ANÁLISIS GENÉTICOS, EN DIAGNÓSTICOS COMPLEJOS, INCLUIDOS EL DIAGNÓSTICO PRENATAL Y EL PREIMPLANTACIONAL, ANÁLISIS GENÉTICOS PRESINTOMÁTICOS Y DE PORTADORES, ANÁLISIS DE FARMACOGENÉTICA Y FARMACOGENÓMICA.									
☐ TRATAMIENTOS CON FÓRMULAS COMPLETAS PARA NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA Y CON FÓRMULAS Y MÓDULOS NUTRICIONALES PARA TRASTORNOS CONGÉNITOS DEL METABOLISMO DE LOS HIDRATOS DE CARBONO, AMINOÁCIDOS Y LÍPIDOS.									
☐ TRATAMIENTOS DE DISCAPACIDADES QUE REQUIERAN PARA SU CORRECCIÓN O MEJORÍA: SILLAS DE RUEDAS ELÉCTRICAS, PRÓTESIS DE MIEMBRO SUPERIOR EXCEPTO LAS PRÓTESIS PARCIALES DE MANO, PRÓTESIS DE MIEMBRO INFERIOR EXCEPTO LAS PRÓTESIS PARCIALES DE PIE, AUDÍFONOS Y BITUTORES.									
DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE									
Informe clínico emitic	do por un especialista de los	correspondientes	servicios asignados en el que se i	recogerá:					
- Prescripción del procedimiento o tratamiento que precise el beneficiario.									
 Informe que incluya breve resumen de la historia clínica del paciente, el diagnóstico y las razones que pudieran justificar la autorización de la asistencia transfronteriza. 									
DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD: LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TITUL				R O REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA TE AUTORIZADA					
*	se refiere esta solicitud son ciertos.		timos casos, documentos escritos de autorizacion con copia de DNI del titular y representante)						
b) Que no he formulado solicitud ni recibido ayuda por los mismos hechos de ningún Organismo Público ni de otro Régimen de Seguridad Social.									
Y SOLICITO la prestación	indicada en la cuantía que correspo								
		1	NIE dal nonnecontanto.						
NIF del representante: Relación con el titular:									
INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS									



REGISTRO DE ENTRADA

(Sólo utilizable por el primer Registro del ISFAS que reciba esta solicitud).

EXPEDIENTE DE AUTORIZACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA

PUEDE CONSULTAR EL ESTADO DE LA TRAMITACIÓN DE LA SOLICITUD EN LA OFICINA DEL ISFAS QUE FIGURA EN EL REGISTRO DE ENTRADA. CITE SU № DE AFILIACIÓN.

SOLICITUD

Número de Afiliación 28/7	l	DATOS DEL TITULAR			N.I.F.	N.I.F.	
Apellidos				Nombre		Teléfono	
DOMICILIO (sólo si se desea var consta en el ISF	riar el que	Calle y número		Código postal y Localidad		Provincia	
DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES		☐ El que conste para el ISFAS	Calle y número			Correo Electrónico	
		☐ El que se indica a continuación	Municipio		Provincia y Código Postal		
		DAT	OS DEL BENE	FICIARIO			
N° de orden	Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo") N.						
ESTADO DE LA U ASISTENCIA SANIT		ANSFRONTERIZA	CENTRO, SERVICIO O ES DOMICILIO:	PECIALISTA:			

INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN

- La asistencia sanitaria transfronteriza es aquella que se recibe cuando el beneficiario decide acudir a servicios ubicados en otro Estado de la Unión Europea, requiriéndose la autorización previa de para los procedimientos indicados en este formulario.
- El ISFAS será competente exclusivamente en los procedimientos relativos a la asistencia transfronteriza de los titulares y beneficiarios adscritos a la modalidad de asistencia concertada con Entidades de Seguro o al régimen de colaboración concertada con la Sanidad Militar.
- Conforme se establece en la Disposición adicional tercera del Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, las Comunidades Autónomas y el INGESA serán las administraciones competentes en los procedimientos relativos a la asistencia transfronteriza de los titulares o beneficiarios del Régimen Especial de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas adscritos a sus servicios de salud por el procedimiento establecido, por lo que cualquier solicitud deberán dirigirla al organismo competente de la Comunidad Autónoma de residencia o al INGESA, en el caso de Ceuta y Melilla.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE PROCEDIMIENTO

- El plazo para tramitar y resolver el procedimiento es de cuarenta y cinco (45) días, a contar desde la fecha de recepción de la presente la solicitud por el órgano competente.
- Transcurrido dicho plazo, sin que hubiera recaído resolución expresa se podrá entender estimada la solicitud por silencio administrativo, en los términos previstos en el artículo 24 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS

El tratamiento de los datos personales precisos para la tramitación del presente procedimiento corresponde al Instituto Social de las Fuerzas Armadas. Dichos datos no se cederán a terceros salvo en cumplimiento de una obligación legal, garantizándose en todo caso las posibilidades de acceso oposición, rectificación, limitación o supresión de los mismos ante el ISFAS, C/ Huesca 31-28020-Madrid, o en la dirección de correo OFICINA_LOPD_ISFAS@mde.es

La información suplementaria sobre el ejercicio de estos derechos podrá consultarse en http://www.defensa.gob.es/isfas/PoliticaDePrivacidad