

SOLICITUD

Número de Afiliación 28/7		DATOS DEL TITULAR		N.I.F.
Apellidos		Nombre		Teléfono
DOMICILIO (sólo si se desea variar el que consta en el ISFAS)		Calle y número	Código postal y Localidad	Provincia
DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES		Calle y número		Correo Electrónico
<input type="checkbox"/> El que conste para el ISFAS <input type="checkbox"/> El que se indica a continuación		Municipio	Provincia y Código Postal	
DATOS DEL BENEFICIARIO				
Nº de orden	Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo")			N.I.F.
ESTADO DE LA UNIÓN EUROPEA DONDE DESEA RECIBIR ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA		CENTRO, SERVICIO O ESPECIALISTA: DOMICILIO		
PROCEDIMIENTOS O TRATAMIENTOS INDICADOS QUE SE DESEA REALIZAR EN OTRO ESTADO MIEMBRO DE LA UNIÓN EUROPEA:				
<input type="checkbox"/> ATENCIÓN QUE IMPLICA QUE EL PACIENTE TENGA QUE PERNOCTAR EN UN HOSPITAL, AL MENOS UNA NOCHE. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA QUE REQUIERA LA UTILIZACIÓN DE UN IMPLANTE QUIRÚRGICO. <input type="checkbox"/> DIÁLISIS. <input type="checkbox"/> TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS O CON PRODUCTOS BIOLÓGICOS, CUYO IMPORTE SEA SUPERIOR A 1.500 € <input type="checkbox"/> TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET), Y COMBINADA CON EL TC (PET-TC) Y SPECT. <input type="checkbox"/> TRATAMIENTOS CON RADIOTERAPIA. <input type="checkbox"/> RADIOCIRUGÍA. <input type="checkbox"/> REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA. <input type="checkbox"/> ANÁLISIS GENÉTICOS, EN DIAGNÓSTICOS COMPLEJOS, INCLUIDOS EL DIAGNÓSTICO PRENATAL Y EL PREIMPLANTACIONAL, ANÁLISIS GENÉTICOS PRESINTOMÁTICOS Y DE PORTADORES, ANÁLISIS DE FARMACOGENÉTICA Y FARMACOGENÓMICA. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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 emitido por un especialista de los correspondientes servicios asignados en el que se recogerá:				
<ul style="list-style-type: none"> - 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 TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DEBIDAMENTE AUTORIZADA		
a) Que los datos a los que se refiere esta solicitud son ciertos. b) Que no he formulado solicitud ni recibido ayuda por los mismos hechos de ningún Organismo Público ni de otro Régimen de Seguridad Social.		(en los dos últimos casos, documentos escritos de autorización con copia de DNI del titular y representante)		
Y SOLICITO la prestación indicada en la cuantía que corresponda.		Antes de firmar la solicitud, debe leer la información básica sobre protección de datos que se presenta en el ejemplar para el interesado.		
		NIF del representante: Relación con el titular:		
INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS				

SOLICITUD

Número de Afiliación 28/7	DATOS DEL TITULAR		N.I.F.
Apellidos	Nombre		Teléfono
DOMICILIO (sólo si se desea variar el que consta en el ISFAS)	Calle y número	Código postal y Localidad	Provincia
DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES	<input type="checkbox"/> El que conste para el ISFAS	Calle y número	Correo Electrónico
	<input type="checkbox"/> El que se indica a continuación	Municipio	Provincia y Código Postal
DATOS DEL BENEFICIARIO			
Nº de orden	Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo")		N.I.F.
ESTADO DE LA UNIÓN EUROPEA DONDE DESEA RECIBIR ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA		CENTRO, SERVICIO O ESPECIALISTA: DOMICILIO:	
INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN			
<ul style="list-style-type: none"> 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			
<ul style="list-style-type: none"> 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 BÁSICA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS			
<p>Los datos personales facilitados serán incorporados al tratamiento de asistencia sanitaria en el extranjero y transfronteriza cuya finalidad será la gestión del expediente para la autorización de asistencia sanitaria transfronteriza, siendo la base de legitimación del tratamiento el art. 6.1.c) y 6.1.e) del Reglamento (UE) 2016/679; el ejercicio de competencias que se derivan del Real Decreto Legislativo 1/2000, Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.</p> <p>El Responsable del tratamiento es el ISFAS, ubicado en C/ Huesca,31 – 28020- Madrid, OFICINA_LOPD_ISFAS@mde.es.</p> <p>Delegado de Protección de Datos: dpd@mde.es.</p> <p>Dichos datos no se cederán a terceros salvo obligación legal, garantizándose en todo caso el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de datos tal como se explica en la información adicional. Además no será objeto de decisiones individualizadas automatizadas según se detalla en la política de privacidad.</p> <p>INFORMACIÓN ADICIONAL sobre el tratamiento y el ejercicio de derechos podrá consultarse en: Política de Privacidad y en el Registro de Actividades de Tratamiento.</p>			