



ISFAS

INSTITUTO SOCIAL
DE LAS FUERZAS ARMADAS

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

**EXPEDIENTE DE
ASISTENCIA SANITARIA
EN EL EXTRANJERO**

CÓDIGO DEL EXPEDIENTE

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	Código Postal y Localidad	País

- El interesado **NO** dispone de un Seguro u otro Sistema de protección para la Asistencia Sanitaria en el Extranjero.
- El interesado dispone de un Seguro u otro Sistema de protección para la Asistencia en el Extranjero, que **NO** cubren las prestaciones que se solicitan.

<input type="checkbox"/> DESTINO O COMISIÓN DE SERVICIOS EN EL EXTRANJERO.	PAIS DE ESTANCIA O RESIDENCIA: SI ES UN PAÍS DE LA UNIÓN EUROPEA: ¿HA UTILIZADO LA TARJETA SANITARIA EUROPEA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> DESPLAZAMIENTO TEMPORAL AL EXTRANJERO POR RAZONES PRIVADAS: FECHA DE INICIO:FECHA DE REGRESO:	
<input type="checkbox"/> RESIDENCIA HABITUAL EN EL EXTRANJERO POR RAZONES PRIVADAS.	
<input type="checkbox"/> REINTEGRO DE GASTOS POR ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA.	

AUTOLIQUIDACIÓN

Nº ORDEN BENEFICIARIO	Nº FACTURA	FECHA dd/mm/aaaa	CLAVE	TIPO PRESTACIÓN	IMPORTE
				En el caso de Asistencia en consulta se indicará la Especialidad	

CLAVES	M: Asistencia en consulta TS: Transporte Sanitario	H: Hospitalización RH: Rehabilitación	D: Pruebas diagnóstico F: Farmacia	O: Odontología P: Prótesis	TS: Aportación por uso de Tarjeta Sanitaria. Europea V: Otras	MONEDA DE FACTURACIÓN: _____
--------	---	--	---------------------------------------	-------------------------------	--	------------------------------

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE: VER ANEXO.

DATOS PARA EL PAGO

Consígnese a continuación los datos de la cuenta o libreta de ahorros del titular solicitante o del Centro Hospitalario

_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
---------	---------	---------	---------	---------	---------

COD. IBAN DATOS BANCO O CAJA DATOS DE LA SUCURSAL D.G. Y NUMERO DE CUENTA O LIBRETA

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

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.

Y **SOLICITO** la prestación indicada en la cuantía que corresponda.

LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DEBIDAMENTE AUTORIZADA
(en los dos últimos casos, documentos escritos de autorización con copia de DNI del titular y representante)

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 <input type="checkbox"/> El que se indica a continuación	Calle y número Código Postal y Localidad	Correo Electrónico País
<input type="checkbox"/> El interesado NO dispone de un Seguro u otro Sistema de protección para la Asistencia Sanitaria en el Extranjero. <input type="checkbox"/> El interesado dispone de un Seguro u otro Sistema de protección para la Asistencia en el Extranjero, que NO cubren las prestaciones que se solicitan.				
<input type="checkbox"/> DESTINO O COMISIÓN DE SERVICIOS EN EL EXTRANJERO. <input type="checkbox"/> DESPLAZAMIENTO TEMPORAL AL EXTRANJERO POR RAZONES PRIVADAS: FECHA DE INICIO:FECHA DE REGRESO: <input type="checkbox"/> RESIDENCIA HABITUAL EN EL EXTRANJERO POR RAZONES PRIVADAS. <input type="checkbox"/> REINTEGRO DE GASTOS POR ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA.			PAIS DE ESTANCIA O RESIDENCIA: SI ES UN PAÍS DE LA UNIÓN EUROPEA: ¿HA UTILIZADO LA TARJETA SANITARIA EUROPEA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN				
1. En caso de destino o comisión de servicio en el extranjero: <ul style="list-style-type: none"> - En países miembros de la Unión Europea, EEE y Suiza, los titulares y sus beneficiarios quedan cubiertos, mediante el sistema de reintegro de gastos, con la misma extensión que si se encontrasen en el territorio nacional, pudiendo también solicitar la Tarjeta Sanitaria Europea. - Fuera del ámbito de la Unión Europea, será aplicable el procedimiento de reintegro de gastos en los cinco primeros años. Cuando el destino supere ese plazo deberá suscribirse un seguro sanitario. 2. En caso de desplazamiento temporal al extranjero por razones privadas: <ul style="list-style-type: none"> - Con carácter general, se atenderá la cobertura de la asistencia sanitaria urgente o de carácter inmediato por el procedimiento de reintegro de gastos, salvo que haya existido un propósito intencionado de eludir los medios concertados por el ISFAS o la asistencia esté cubierta por un seguro de cualquier tipo. El periodo de cobertura se extenderá a un máximo de seis meses. En caso de desplazamientos para cursar estudios, podrá autorizarse la extensión del periodo de cobertura, debiendo acreditarse documentalmente el motivo de la estancia, en el momento de solicitar el reintegro de gastos. - En países miembros de la Unión Europea, EEE y Suiza, los titulares y sus beneficiarios podrán solicitar la Tarjeta Sanitaria Europea que les permitirá acceder a la asistencia sanitaria que precisen a través del sistema de sanidad pública del país de estancia. 3. En caso de residencia habitual: <ul style="list-style-type: none"> - En países miembros de la Unión Europea, EEE y Suiza, los titulares y sus beneficiarios quedan cubiertos, mediante el sistema de reintegro de gastos, con la misma extensión que si se encontrasen en el territorio nacional. - Fuera del ámbito de la Unión Europea, EEE y Suiza, podrá solicitarse una ayuda económica para atender la suscripción de una póliza de seguro sanitario, sin que puedan atenderse otros gastos por prestaciones de cualquier tipo. El derecho a la prestación económica causará efectos a partir del día primero del mes siguiente a la fecha en la que el afiliado haya puesto en conocimiento de la correspondiente Delegación de ISFAS, su nueva residencia en el extranjero. A partir del uno de enero de cada año, el titular podrá solicitar el abono de la ayuda correspondiente a los meses del año precedente desde la fecha de efectos de su notificación a ISFAS. 4. Asistencia Sanitaria Transfronteriza <ul style="list-style-type: none"> - El ISFAS sólo es competente en la asistencia transfronteriza de beneficiarios adscritos a Entidades de Seguro o a la Sanidad Militar. - Se atenderá el reembolso por prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios, cuando no se puedan facilitar por los servicios asignados en España en un tiempo médicamente razonable, con sujeción a los requisitos exigibles, y hasta el límite el que resulte de aplicar las tarifas establecidas. 				
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE PROCEDIMIENTO				
<ul style="list-style-type: none"> • El plazo para tramitar el procedimiento que esta solicitud inicia es de seis meses, a contar desde la fecha arriba consignada, salvo para supuestos de Asistencia Sanitaria Transfronteriza que será de tres meses. Si en el citado plazo no se ha recibido la transferencia bancaria ni la notificación de la resolución dictada, se producirán los efectos del silencio administrativo, que son de estimación de la petición. 				
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 asistencia sanitaria en el extranjero, 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>NFORMACIÓN ADICIONAL sobre el tratamiento y el ejercicio de derechos podrá consultarse en: Política de Privacidad y en el Registro de Actividades de Tratamiento.</p>				

ANEXO

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE

1.- Documentación requerida con carácter general.

En cualquier supuesto, se aportarán los documentos detallados a continuación y su traducción, salvo que estén redactados en español, francés o inglés.

- 1.1. Formulario de Solicitud establecido, debidamente cumplimentado.
- 1.2. Facturas: Serán originales (no proforma ni fotocopias), debiendo figurar en ellas, necesariamente:
 - Identificación del paciente.
 - El nombre y denominación social y domicilio de la persona física o jurídica que emite las facturas.
 - Los diversos conceptos facturados con su importe. En su caso, la denominación del medicamento, producto sanitario o alimento dietético dispensado, el número de envases dispensados y la cuantía abonada por el paciente.
 - Lugar y fecha de su expedición y demás requisitos exigidos en la regulación aplicable.
- 1.3. Documentos o justificantes que acrediten el pago de las facturas, en todos los procedimientos de reembolso o reintegro.
- 1.4. Copia de la prescripción médica o del informe clínico de la atención prestada al beneficiario en los siguientes casos:
 - Cuando se soliciten prestaciones por asistencia con internamiento hospitalario.
 - Cuando se soliciten prestaciones para tratamientos de rehabilitación, pruebas o estudios de diagnóstico de alta tecnología, prestaciones farmacéuticas o prestaciones ortoprotésicas.
 - En todas las solicitudes de prestaciones por asistencia sanitaria transfronteriza.
 - Siempre que se requiera expresamente por el ISFAS para la adecuada resolución del procedimiento.

2.- Documentación adicional requerida para prestaciones por asistencia de residentes fuera del ámbito de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o Suiza.

- 2.1 Documento que acredite la formalización de una póliza de seguro sanitario en el país de residencia.
- 2.2. Cuando excepcionalmente no hubiera sido posible formalizar un seguro sanitario y la ayuda económica se solicite para la compensación de gastos asistenciales, declaración responsable en la que se haga constar la imposibilidad de suscribir la póliza de seguro, indicando las razones.

3.- Documentación adicional requerida en los procedimientos especiales.

- 3.1. Pago directo a centros hospitalarios: Declaración de la conformidad del centro hospitalario con el procedimiento de pago directo, mediante transferencia bancaria.
- 3.2. Formalización de anticipo o pago a cuenta a través de la Agregaduría de Defensa o de la correspondiente Sección Económico-Administrativa.
 - Solicitud expresa.
 - Presupuesto o documentación en base a la que pueda realizarse una estimación aproximada del gasto.

4.- Documentación requerida para el reembolso por asistencia sanitaria transfronteriza.

- 4.1. Facturas, en las que constarán los datos de identificación del profesional responsable de la asistencia sanitaria transfronteriza y demás requisitos previstos en el apartado 1.2 precedente, debiendo acreditarse que han sido abonadas.
- 4.2. Copia de la prescripción médica o del informe clínico de la atención prestada al beneficiario en el que se incluirá:
 - Razón clínica por la que se presta la asistencia sanitaria transfronteriza.
 - Procedimientos diagnósticos o procedimientos terapéuticos principales y secundarios realizados con motivo de la asistencia sanitaria transfronteriza (indicando, siempre que sea posible, código de identificación homologado, tal como CIE9-MC o similares).
 - Revisiones que deben realizarse y plazo aproximado para las mismas.
 - Cualquier otro dato que se considere oportuno reseñar para clarificar la asistencia sanitaria recibida o su coste real, siempre que sea estrictamente necesario para la valoración de la procedencia y cuantía del reintegro.
- 4.3. Autorización previa de la Subdirección de Prestaciones del ISFAS, en el caso de las prestaciones y tratamientos por asistencia sanitaria transfronteriza para los que sea exigible.

INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS