

## SOLICITUD

Número de Afiliación <b>28/7</b>	<b>DATOS DEL TITULAR</b>				N.I.F.
Apellidos			Nombre		Teléfono
DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES	El que conste para el ISFAS	Calle y número		Correo electrónico	
	El que se indica a continuación	Código Postal y Municipio			Provincia
<b>DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN</b>					
Nº de orden	Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo")				N.I.F.
<b>LESIÓN POR CONTINGENCIA PROFESIONAL (ACTO DE SERVICIO) SI NO</b>					
<b>SEÑALE LA AYUDA SOLICITADA</b>	<b>CÓDIGO DE EXPEDIENTE</b>	<b>IMPORTE (€)</b>	<b>SEÑALE LA AYUDA SOLICITADA</b>	<b>CÓDIGO DE EXPEDIENTE</b>	<b>IMPORTE (€)</b>
PRÓTESIS MIEMBRO SUP.			ORTESIS DE COLUMNA		
PRÓTESIS MIEMBRO INF.S			ORTESIS MIEMBRO INF.		
PRÓTESIS PARA AGENESIAS			ORTESIS MIEMBRO SUP.		
PRÓTESIS DISTINTAS A LAS DE MIEMBROS			ORTOPROESIS ESPECIALES		
SILLAS DE RUEDAS			REPARACIONES		
<b>DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe en modelo normalizado emitido por el médico especialista que corresponda en función de la modalidad de adscripción del paciente, cumplimentado en todos los apartados, indicando el código del producto que se prescriba.</li> <li>Factura que debe incluir el nombre del paciente, el código del producto que corresponda, la descripción del artículo dispensado y, en su caso, adaptado, el importe desglosado sin impuestos y demás requisitos exigidos en la normativa general.</li> <li>Justificante del pago de la factura, cuando se solicite el pago de la prestación por reembolso.</li> <li>En caso de lesión en acto de servicio, documentación justificativa de la situación, salvo que ya obre en poder del ISFAS.</li> </ul>					
<b>DATOS PARA EL PAGO</b>					
<b>PAGO DIRECTO AL TITULAR SOLICITANTE</b>			<b>PAGO DIRECTO A LA EMPRESA SUMINISTRADORA</b>		
<i>Consígnese a continuación los datos de la cuenta del titular solicitante o, en su caso, del proveedor.</i>					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COD. IBAN	DATOS BANCO O CAJA	DATOS DE LA SUCURSAL	D.C. Y NUMERO DE CUENTA O LIBRETA		
<b>DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:</b>			LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DEBIDAMENTE AUTORIZADA		
<p>a) Que los datos a los que se refiere esta solicitud son ciertos.</p> <p>b) Que no he formulado solicitud ni recibido ayuda por los mismos hechos de ningún otro Organismo Público ni de otro Régimen de Seguridad Social.</p> <p>c) Que la documentación que se ha unido a la solicitud es veraz y me comprometo a conservar los documentos originales en mi poder durante 4 años.</p> <p>d) Que autorizo al ISFAS a consultar a las Administraciones Públicas o a terceros, incluidos los emisores de las facturas aportadas, los datos que fueran precisos para verificar el derecho a la prestación solicitada.</p>			(en los dos últimos casos, documentos escritos de autorización con copia del DNI del titular y representante)		
Y <b>SOLICITO</b> la prestación indicada en la cuantía que corresponda.			En su caso, NIF del representante:		
			Relación con el titular:		
<b>INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS</b>					

## SOLICITUD

Número de Afiliación: <b>28/7</b>	<b>DATOS DEL TITULAR</b>		N.I.F.
Apellidos	Nombre		Teléfono
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 Municipio	Provincia
<b>DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN</b>			
Nº de orden	Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo")		N.I.F.
<b>PRESTACIONES</b>			
<input type="checkbox"/> PRÓTESIS DE MIEMBRO SUPERIOR	<input type="checkbox"/> ORTESIS DE COLUMNA	<input type="checkbox"/> PRÓTESIS DE MIEMBRO INFERIOR	<input type="checkbox"/> ORTESIS DE MIEMBRO INFERIOR
<input type="checkbox"/> PRÓTESIS PARA AGENESIAS	<input type="checkbox"/> ORTESIS DE MIEMBRO SUPERIOR	<input type="checkbox"/> PRÓTESIS DISTINTAS A LAS PRÓTESIS DE MIEMBROS	<input type="checkbox"/> ORTOPRÓTESIS ESPECIALES
<input type="checkbox"/> SILLAS DE RUEDAS	<input type="checkbox"/> REPARACIONES		
<b>INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tendrán acceso a la prestación ortoprotésica a cargo del ISFAS los beneficiarios adscritos a Entidades de Seguro y al régimen de colaboración concertada con Sanidad Militar. Aquellos que estén adscritos a los servicios públicos de salud recibirán la prestación a través del correspondiente Servicio público de Salud, en las mismas condiciones que el resto de la población protegida por ese Servicio.</li> <li>Exclusivamente los artículos incluidos en el Catálogo común de Ortoprótisis externas del Sistema Nacional de Salud darán lugar a prestaciones, cuyo importe será el que se facture por el artículo, con el límite del Importe Máximo de Financiación (IMF) o de la <i>Oferta</i> para el SNS. Las prestaciones para silla de ruedas se restringen a beneficiarios con incapacidad permanente para la marcha funcional. Las sillas con motor eléctrico se restringen a pacientes que cumplan los requisitos exigidos.</li> <li>Para la renovación de la ortoprotésis se requiere prescripción del médico especialista que lo justifique por el desgaste o deterioro. Además debe haber transcurrido el plazo de vida media fijado para el artículo</li> <li>En caso de lesiones por accidente de servicio, la prestación tendrá los límites generales establecidos, quedando exenta del pago de la aportación que pudiera corresponder al beneficiario.</li> <li>También son objeto de la prestación ortoprotésica las reparaciones de los artículos incluidos en la prestación, siempre que haya transcurrido el plazo de garantía establecido en cada caso. El límite de la prestación será el 50% del importe máximo de financiación del producto.</li> <li>Podrá realizarse el pago directo al establecimiento únicamente cuando el importe de la factura no supere el IMF o de Oferta para el SNS</li> </ul>			
<b>INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE PROCEDIMIENTO</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Con carácter general, las solicitudes se presentarán a través de la Sede Electrónica del ISFAS. También podrán presentarse en las Delegaciones del ISFAS o en cualquier registro público.</li> <li>El plazo de resolución de esta solicitud es de tres meses, a contar desde la fecha de entrada en el ISFAS. Si en ese plazo no se ha recibido la transferencia bancaria ni la notificación de la resolución dictada, se producirán los efectos del silencio administrativo, que, en este caso, son de estimación de la petición.</li> <li>Deben conservarse los originales de las facturas y demás documentos requeridos que se hayan aportado y otros de valor probatorio que no se hubieran tenido que unir a la solicitud, durante un plazo de cuatro años, contados desde la fecha de cobro de la prestación.</li> </ul>			
<b>INFORMACIÓN SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>La información suplementaria sobre el ejercicio de estos derechos podrá consultarse en <a href="http://www.defensa.gob.es/isfas/PoliticaDePrivacidad">http://www.defensa.gob.es/isfas/PoliticaDePrivacidad</a>.</li> </ul>			



PRESCRIPCIÓN DE ORTOPRÓTESIS EXTERNAS

1. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL PACIENTE

Apellidos: ..... Nombre: .....
Clave colectivo: TSI 006. N° ISFAS: 28/7 ..... Fecha nacimiento: .....

2. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL FACULTATIVO (1)

Apellidos: ..... Nombre: .....
N° Colegiado: ..... Especialidad: ..... Correo electrónico: .....
Hospital/Centro: ..... Servicio/Unidad: .....
(1) La indicación debe realizarse por médicos de la especialidad que corresponda a la patología que justifica la prescripción.

3. MOTIVO DE LA PRESCRIPCIÓN

[ ] Accidente Acto Servicio o laboral [ ] Otro tipo de accidente (especificar): .....
[ ] Malformación congénita [ ] Enfermedad u otro (especificar) .....

4. DIAGNÓSTICO

Discapacidad o patología que justifica la prescripción.
El paciente tiene incapacidad permanente para la marcha funcional SI NO

5. PRESCRIPCIÓN (2)

[ ] Primera prescripción [ ] Reparación [ ] Renovación (especificar motivo).....
Tipo de producto o denominación / descripción del producto. Si debe incluir componentes específicos deben detallarse.
(2) La indicación debe realizarse por médicos de la especialidad que corresponda a la patología que justifica la prescripción

Firma del especialista prescriptor
Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

6. REVISIONES

[ ] Adaptación adecuada
[ ] OTROS (especificar) .....
Fecha próxima revisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_