

SOLICITUD

Número de Afiliación 28/7	DATOS DEL TITULAR			NIF
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		Provincia
DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN				
Nº de orden	Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo")			NIF
<input type="checkbox"/> PRÓTESIS ORTOPÉDICAS U ÓRTESIS		<input type="checkbox"/> REPARACIONES		
<input type="checkbox"/> SILLA DE RUEDAS		<input type="checkbox"/> OTRAS (especifíquese)		
<input type="checkbox"/> AYUDAS PARA LA DEAMBULACIÓN				
DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE				
<ul style="list-style-type: none"> Informe médico del correspondiente especialista, en el que se describirá el producto sanitario que se prescriba y las lesiones que motivan la prescripción. Facturas originales en las que figure el nombre del paciente, el producto dispensado, con su código e importe y el sello, firma, número de orden y NIF/CIF del que las expida, así como la justificación del abono por el interesado. Si se desea una copia sellada, deberá presentarse una fotocopia junto con el original. Cuando se solicite el abono directo al Centro o Establecimiento dispensador, se indicarán los datos de su cuenta bancaria para realizar el abono. En el caso de titulares y beneficiarios adscritos a servicios públicos de salud, deberá unirse el expediente la documentación que acredite que se ha solicitado la prestación al correspondiente Servicio de Salud y la respuesta obtenida. 				
DATOS PARA EL PAGO				
Se consignarán los datos de la cuenta o libreta del titular solicitante. Por excepción, si se trata de material ortoprotésico con ayuda superior a 600 €, se podrá optar por el pago directo del ISFAS al suministrador, previa conformidad escrita del mismo, en cuyo caso los datos que se consignarán serán los de la cuenta de dicho suministrador, así como su denominación completa.				
<input type="checkbox"/> PAGO DIRECTO AL TITULAR SOLICITANTE		<input type="checkbox"/> PAGO DIRECTO A LA EMPRESA SUMINISTRADORA		
<i>Consígnese a continuación los datos de la cuenta o libreta de ahorros del titular solicitante.</i>				
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
COD IBAN	DATOS BANCO O CAJA	DATOS DE LA SUCURSAL	D G Y NUMERO DE CUENTA O LIBRETA	
EN SU CASO, DENOMINACIÓN DE LA EMPRESA SUMINISTRADORA				
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 (en el último caso, nº del DNI y relación con el titular) (En caso de presentación en órgano ajeno al ISFAS, utilícese este espacio para el registro)	
INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS				



ISFAS
INSTITUTO SOCIAL
DE LAS FUERZAS ARMADAS

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

**EXPEDIENTE DE PRESTACIÓN
ORTOPROTÉSICA**

(Exclusivamente para artículos incluidos en el Catálogo del ISFAS)

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

SOLICITUD

Número de Afiliación 28/7	DATOS DEL TITULAR		NIF
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	
	<input type="checkbox"/> El que se indica a continuación	Código Postal y Localidad	Provincia
DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN			
Nº de orden	Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo")		NIF
<input type="checkbox"/> PRÓTESIS ORTOPÉDICAS U ÓRTESIS	<input type="checkbox"/> REPARACIONES		
<input type="checkbox"/> SILLA DE RUEDAS	<input type="checkbox"/> OTRAS (especifíquese)		
<input type="checkbox"/> AYUDAS PARA LA DEAMBULACIÓN			
INFORMACIÓN PARA LA PRESTACIÓN			
<ul style="list-style-type: none"> Tendrán acceso a la prestación ortoprotésica los beneficiarios, acogidos al Concierto de asistencia sanitaria con 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 ortoprotésica a través del Servicio de Salud de su Comunidad Autónoma, en las mismas condiciones que el resto de la población protegida por ese Servicio. No obstante, cuando el beneficiario hubiera tenido que asumir algún coste, se atenderá su reintegro hasta el límite de la diferencia entre la prestación reconocida por el Servicio Público y la prestación fijada en el Catálogo del ISFAS sobre material ortoprotésico. El suministro de prótesis externas, sillas de ruedas, órtesis y ortoprotésis especiales incluidos en el Catálogo del ISFAS sobre material ortoprotésico requeridas para el tratamiento de lesiones motivadas por accidente de servicio, dará lugar al abono de la totalidad de su coste. Las prestaciones, en todos los casos, quedarán sujetas al plazo de renovación establecido en el citado catálogo. Para realizar el cómputo de plazos se tendrán en cuenta la fecha de factura. Podrán reconocerse prestaciones para silla de ruedas exclusivamente a beneficiarios que presente Incapacidad para la marcha funcional de forma permanente. También serán objeto de la prestación ortoprotésica las reparaciones de estos materiales, excepto exclusiones y salvo que el motivo de las mismas sea una mala utilización por parte del beneficiario y siempre que haya transcurrido el plazo de garantía establecido en cada caso, sin que la prestación pueda superar el 60% del importe máximo asignado al correspondiente producto en el catálogo. 			
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. Si en el citado plazo de seis meses 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, pudiendo dirigirse en tal sentido ante la oficina del ISFAS que recibió la solicitud. 			
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS			
<p>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</p> <p>La información suplementaria sobre el ejercicio de estos derechos podrá consultarse en http://www.defensa.gob.es/isfas/PoliticaDePrivacidad</p>			



PRESCRIPCIÓN DE ORTOPRÓTESIS EXTERNAS

1. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL PACIENTE

Apellidos: Nombre:
Clave colectivo: TSI 006. Nº ISFAS: 28/7 Fecha nacimiento:

2. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL FACULTATIVO (1)

Apellidos: Nombre:
Nº 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.

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: ____/____/____