

SOLICITUD

Número de Afiliación 28/7	DATOS DEL TITULAR				N.I.F.
Apellidos			Nombre		Teléfono
DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES	<input type="checkbox"/> El que conste para el ISFAS <input type="checkbox"/> El que se indica a continuación		Calle y número	Correo electrónico	
	Código Postal y Municipio			Provincia	
DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN					
Nº de orden	Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo")				N.I.F.
SEÑALE LA AYUDA SOLICITADA	CÓDIGO DE EXPEDIENTE	IMPORTE (€)	SEÑALE LA AYUDA SOLICITADA	CÓDIGO DE EXPEDIENTE	IMPORTE (€)
<input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN CON PRÓTESIS COMPLETA			<input type="checkbox"/> ENDODONCIAS (CADA PIEZA TRATADA)		
<input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN CON PRÓTESIS SUPERIOR / INF.			<input type="checkbox"/> TRATAMIENTO DE ORTODONCIA		
<input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN CON PIEZAS, FUNDAS O CORONAS			<input type="checkbox"/> TARTECTOMIA O LIMPIEZA DE BOCA		
<input type="checkbox"/> EMPASTES, OBTURACIONES O RECONSTRUCCIONES			<input type="checkbox"/> IMPLANTES OSTEOINTEGRADOS		
DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE					
<ul style="list-style-type: none"> Factura del odontólogo o de la clínica dental en la que deberá figurar el detalle del tratamiento efectuado y demás requisitos legales establecidos. En las facturas por tratamientos de rehabilitación con prótesis dentarias, de conformidad con lo previsto en la Disposición adicional duodécima del Texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, se deben desglosar todos los conceptos, detallando expresamente el coste de la prótesis correspondiente al coste del laboratorio protésico. Cuando se aporte factura emitida por un protésico dental, deberá aportarse también la factura o el informe del odontólogo o estomatólogo que hubiera realizado el tratamiento de rehabilitación con prótesis. Justificante del pago de la factura, cuando en la misma no se deje constancia del pago. En los casos de tratamientos de ortodoncia, si el beneficiario para el que se solicita la ayuda ha cumplido los 18 años, informe del especialista, en el que constará la fecha de inicio del tratamiento. 					
DATOS PARA EL PAGO					
<i>Consígnese a continuación los datos de la cuenta del titular solicitante.</i>					
COD. IBAN	DATOS BANCO O CAJA	DATOS DE LA SUCURSAL	D.C. Y NUMERO DE CUENTA O LIBRETA		
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 otro Organismo Público ni de otro Régimen de Seguridad Social. 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. 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.			(en los dos últimos casos, documentos escritos de autorización con copia del 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.		
Y SOLICITO la prestación indicada en la cuantía que corresponda.			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 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
DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN			
Nº de orden	Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo")		N.I.F.
PRESTACIONES			
<input type="checkbox"/> DENTADURA COMPLETA	<input type="checkbox"/> ENDODONCIAS (CADA PIEZA TRATADA)	<input type="checkbox"/> TRATAMIENTO DE ORTODONCIA INICIADO ANTES DE LOS 18 AÑOS	<input type="checkbox"/> TARTECTOMIA O LIMPIEZA DE BOCA
<input type="checkbox"/> DENTADURA SUPERIOR O INFERIOR	<input type="checkbox"/> PIEZAS, FUNDAS O CORONAS	<input type="checkbox"/> EMPASTES, OBTURACIONES O RECONSTRUCCIONES	<input type="checkbox"/> IMPLANTE OSTEOINTEGRADO, COMPATIBLE CON PIEZA O DENTADURA
INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN			
<ul style="list-style-type: none"> Estas prestaciones consisten en ayudas económicas baremadas según la normativa vigente en cada momento, que en ningún caso podrán ser superiores al coste real abonado. Las piezas, fundas o coronas provisionales y los tratamientos reparadores sobre dentición temporal están excluidos de las prestaciones dentarias. El conjunto de las ayudas para tratamientos de rehabilitación con prótesis dentarias estarán sujetas a un plazo de renovación de tres años, de forma que la máxima ayuda que podrá reconocerse a un beneficiario por cualquier tipo de tratamiento con prótesis dentarias (completa, superior, inferior o por piezas, fundas o coronas) será de 560 € cada tres años, a contar retrospectivamente desde la fecha de solicitud. La ayuda por rehabilitación con prótesis completa será incompatible con otras prestaciones dentarias, con la excepción de las ayudas por implantes osteointegrados. La prestación por ortodoncia se reconocerá por una sola vez, siendo imprescindible que el tratamiento se haya iniciado antes de los 18 años. La ayuda para implantes osteointegrados sólo se podrá conceder para un máximo de seis implantes por cada beneficiario. La ayuda por tartrectomía sólo se podrá conceder una vez por cada año natural. Los beneficiarios con asistencia completa por Entidades de Seguro no pueden acceder a esta ayuda, ya que este tratamiento es objeto de cobertura a cargo de la respectiva Entidad, siempre que se cumpla la tramitación establecida en el vigente Concerto. Con carácter general, no serán objeto de estas ayudas los tratamientos odontológicos incluidos entre las prestaciones objeto de los Concertos suscritos entre ISFAS con Entidades de Seguro. 			
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE PROCEDIMIENTO			
<ul style="list-style-type: none"> Con carácter general, las solicitudes se presentarán a través de la Sede Electrónica del ISFAS. También podrán presentarse en las Delegaciones del ISFAS. El plazo de resolución de esta solicitud es de seis 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. 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. 			
INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE TRATAMIENTOS DE DATOS			
<p>Los datos personales facilitados serán incorporados al tratamiento de prestaciones sanitarias complementarias cuya finalidad será la gestión de expedientes de prestaciones dentarias, 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>			