



MINISTERIO
DE DEFENSA

ISFAS

INSTITUTO SOCIAL
DE LAS FUERZAS ARMADAS

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

**EXPEDIENTE DE
PRESTACIONES
ORTOPROTÉSICAS**

CÓDIGO DEL EXPEDIENTE

SOLICITUD

Número de Afiliación 28/7	DATOS DEL TITULAR				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
DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN					
Nº de orden	Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo")				N.I.F.
LESIÓN POR CONTINGENCIA PROFESIONAL (ACTO DE SERVICIO) SI NO					
SEÑALE LA AYUDA SOLICITADA	CÓDIGO DE EXPEDIENTE	IMPORTE (€)	SEÑALE LA AYUDA SOLICITADA	CÓDIGO DE EXPEDIENTE	IMPORTE (€)
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		
DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE					
- 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. - 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. - Justificante del pago de la factura, cuando se solicite el pago de la prestación por reembolso. - En caso de lesión en acto de servicio, documentación justificativa de la situación, salvo que ya obre en poder del ISFAS.					
DATOS PARA EL PAGO					
PAGO DIRECTO AL TITULAR SOLICITANTE			PAGO DIRECTO A LA EMPRESA SUMINISTRADORA		
<i>Consígnese a continuación los datos de la cuenta del titular solicitante o, en su caso, del proveedor.</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 (en los dos últimos casos, documentos escritos de autorización con copia del DNI del titular y representante)		
a) Que los datos a los que se refiere esta solicitud son ciertos.			Antes de firmar la solicitud, debe leer la información básica sobre protección de datos que se presenta en el ejemplar para el interesado.		
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.					
Y SOLICITO la prestación indicada en la cuantía que corresponda.			En su caso, NIF del representante: Relación con el titular:		
INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS					



MINISTERIO
DE DEFENSA

ISFAS

INSTITUTO SOCIAL
DE LAS FUERZAS ARMADAS

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

**EXPEDIENTE DE
PRESTACIONES
ORTOPROTÉSICAS**

PUEDE CONSULTAR EL ESTADO DE LA TRAMITACIÓN DE
ESTA SOLICITUD EN LA SEDE ELECTRÓNICA O EN LA
DELEGACIÓN DEL ISFAS QUE CORRESPONDA A SU
LUGAR DE RESIDENCIA.

SOLICITUD

Número de Afiliación: 28/7	DATOS DEL TITULAR		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										
DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN													
Nº de orden	Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo")		N.I.F.										
PRESTACIONES													
<table><tr><td>☐ PRÓTESIS DE MIEMBRO SUPERIOR</td><td>☐ ORTESIS DE COLUMNA</td></tr><tr><td>☐ PRÓTESIS DE MIEMBRO INFERIOR</td><td>☐ ORTESIS DE MIEMBRO INFERIOR</td></tr><tr><td>☐ PRÓTESIS PARA AGENESIAS</td><td>☐ ORTESIS DE MIEMBRO SUPERIOR</td></tr><tr><td>☐ PRÓTESIS DISTINTAS A LAS PRÓTESIS DE MIEMBROS</td><td>☐ ORTOPRÓTESIS ESPECIALES</td></tr><tr><td>☐ SILLAS DE RUEDAS</td><td>☐ REPARACIONES</td></tr></table>				☐ PRÓTESIS DE MIEMBRO SUPERIOR	☐ ORTESIS DE COLUMNA	☐ PRÓTESIS DE MIEMBRO INFERIOR	☐ ORTESIS DE MIEMBRO INFERIOR	☐ PRÓTESIS PARA AGENESIAS	☐ ORTESIS DE MIEMBRO SUPERIOR	☐ PRÓTESIS DISTINTAS A LAS PRÓTESIS DE MIEMBROS	☐ ORTOPRÓTESIS ESPECIALES	☐ SILLAS DE RUEDAS	☐ REPARACIONES
☐ PRÓTESIS DE MIEMBRO SUPERIOR	☐ ORTESIS DE COLUMNA												
☐ PRÓTESIS DE MIEMBRO INFERIOR	☐ ORTESIS DE MIEMBRO INFERIOR												
☐ PRÓTESIS PARA AGENESIAS	☐ ORTESIS DE MIEMBRO SUPERIOR												
☐ PRÓTESIS DISTINTAS A LAS PRÓTESIS DE MIEMBROS	☐ ORTOPRÓTESIS ESPECIALES												
☐ SILLAS DE RUEDAS	☐ REPARACIONES												
INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN													
- 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. - 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. - 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 - 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. - 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. - Podrá realizarse el pago directo al establecimiento únicamente cuando el importe de la factura no supere el IMF o de Oferta para el SNS													
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE PROCEDIMIENTO													
- 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. - 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 TRATAMIENTO DE DATOS													
Los datos personales facilitados serán incorporados al tratamiento de Prestaciones ortoprotésicas cuya finalidad será la gestión del expediente para el reembolso por prestaciones ortoprotésicas, 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. El Responsable del tratamiento es el ISFAS, ubicado en C/ Huesca,31 – 28020- Madrid, OFICINA_LOPD_ISFAS@mde.es. Delegado de Protección de Datos: dpd@mde.es. 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. INFORMACIÓN ADICIONAL sobre el tratamiento y el ejercicio de derechos podrá consultarse en: Política de Privacidad y en el Registro de Actividades de Tratamiento.													



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: ____/____/____