MINISTERIO DE DEFENSA

ISFAS

INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

REGISTRO DE ENTRADA

EXPEDIENTE POR PRESTACIÓN FARMACÉUTICA

CÓDIGO DEL EXPEDIENTE

S O L I C I T U D

Número de Afiliación **28/7**	**DATOS DEL TITULAR**	N.I.F.
Apellidos	Nombre	
TELÉFONO	Correo electrónico	☐ SI Autorizo contacto para evaluación de resultados — Telefónico ☐ Por e-mail ☐
DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES	☐ El que conste para el ISFAS ☐ 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")	N.I.F.

☐ POR PRESCRIPCIÓN EN RECETA NO OFICIAL

☐ POR MEDICAMENTOS PARA DEJAR DE FUMAR

☐ POR INEXISTENCIA EN EL MERCADO NACIONAL

☐ POR ENFERMEDAD PROFESIONAL O ACCIDENTE EN ACTO DE SERVICIO

☐ POR MEDICAMENTOS DISPENSACIÓN HOSPITALARIA

☐ OTROS:

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE

- Informe médico con la prescripción, del facultativo de la modalidad asistencial a que esté adscrito el titular, con los datos requeridos en cada caso. En prestaciones por medicamentos para dejar de fumar, sólo se precisa la receta médica con la prescripción.
- Factura con constancia del medicamento dispensado, con todos los requisitos legales. Las facturas no serán devueltas, salvo en caso de desestimación de la solicitud.
- En caso de prestaciones para medicamentos de dispensación hospitalaria, documento mediante el que se acredite la entrega del medicamento, en el que debe constar la firma de la persona a la que se realizó la entrega. Todas las facturas de mas de 5.000 €, deberan ser electronicas.
- En caso de accidente en acto de servicio o enfermedad profesional, deberá aportarse además fotocopia de la documentación acreditativa de dicha circunstancia.

DATOS PARA EL PAGO

☐ PAGO POR REEMBOLSO AL TITULAR SOLICITANTE ☐ PAGO DIRECTO AL CENTRO HOSPITALARIO

Consígnese a continuación los datos de la cuenta para el pago.

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.

c) Que la documentacion que se ha unido a la solicitud, es veraz y me comprometo a conservar los documentosoriginales en mi poder durante 4 años

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

LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TITULAR O REPRESENTANTE O PERSONA DEBIDAMENTE AUTORIZADA

(en los dos últimos casos, documentos escritos de autorizacion 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.

NIF del representante:

Relación con el titular:

INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

**** Cada impreso sólo es utilizable para un beneficiario.***
Ejemplar para el ISFAS

SP- 8.1.6.1

TELÉFONO GRATUITO DE INFORMACIÓN 900 504 326 (de 9 a 15 horas, de lunes a viernes)

MINISTERIO DE DEFENSA

ISFAS

INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

REGISTRO DE ENTRADA

EXPEDIENTE POR PRESTACIÓN FARMACÉUTICA

CÓDIGO DEL EXPEDIENTE

S O L I C I T U D

Número de Afiliación **28/7**	**DATOS DEL TITULAR**	N.I.F.
Apellidos	Nombre	
TELÉFONO	Correo electrónico	☐ **SI Autorizo contacto para evaluación de resultados** — **Telefónico** ☐ **e-mail** ☐
DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES	☐ El que conste para el ISFAS ☐ 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")	N.I.F.

☐ POR PRESCRIPCIÓN EN RECETA NO OFICIAL

☐ POR MEDICAMENTOS PARA DEJAR DE FUMAR

☐ POR INEXISTENCIA EN EL MERCADO NACIONAL

☐ POR ENFERMEDAD PROFESIONAL O ACCIDENTE EN ACTO DE SERVICIO

☐ POR MEDICAMENTOS DISPENSACIÓN HOSPITALARIA

☐ OTROS

INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN

- Cuando la prestación se haga efectiva por reembolso o reintegro su importe será el que hubiera se hubiera abonado, menos la parte que, según medicamentos y circunstancias, deba correr a cargo del beneficiario.
- No podrá reconocerse prestaciones si el medicamento está excluido de la financiación por el Sistema Nacional de Salud.
- Por medicamentos para dejar de fumar se atenderá la dispensación de Bupropión, Vareniclina o Citisina, para mayores de 18 años, que sigan el Programa de Atención al Tabaquismo del ISFAS, cuando no se hubiera optado por la validación previa de las recetas oficiales. En tratamientos con Bupropión, la prestación se limita hasta tratamientos de 9 semanas, por tanto hasta 120 comprimidos (cuatro envases de 30 comprimidos, 2 envases de 60 comprimidos, o dos envases de 30 comprimidos más uno de 60). En el caso de Vareniclina, la prestación alcanza a tratamientos hasta 12 semanas (un envase de 11 x 0,5 mg+ 14 x 1mg + 28 x 1mg y dos envases de 56 comprimidos de 1 mg, o bien un envase de 56 comprimidos de 1 mg y dos envases de 56 comprimidos de 1 mg). Respecto a Citisina, el tratamiento será como máximo hasta 25 días, tal y como está descrito en la ficha técnica, lo que equivale a un envase de 100 comprimidos de 1,5 mg.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE PROCEDIMIENTO

- 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 hecho efectiva la prestación ni se ha recibido 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 BÁSICA SOBRE TRATAMIENTOS DE DATOS

Los datos personales facilitados serán incorporados al tratamiento de prestaciones farmacéuticas cuya finalidad será la gestión de prestación de reembolso de prestaciones farmacéuticas, 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.**

Ejemplar para sellar y devolver al interesado (Artículo 66 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre).

SP-8.1.6.2

TELÉFONO GRATUITO DE INFORMACIÓN 900 504 326 (de 9 a 15 horas, de lunes a viernes)