



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 PRESTACIÓN
PARA ASISTENCIA POR
FACULTATIVO AJENO**

CÓDIGO DEL EXPEDIENTE

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.	
<input type="checkbox"/> POR GASTOS DE MÉDICO DE FAMILIA O PEDIATRA <input type="checkbox"/> POR GASTOS DE PROFESIONAL DE ENFERMERÍA O MATRONA					
DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE					
<ul style="list-style-type: none"> Factura del facultativo que haya prestado la asistencia que debe incluir el nombre del paciente, el detalle de conceptos y precios. Justificante del pago de la factura, cuando en la misma no se deje constancia del pago. En caso de profesional de enfermería, además, prescripción del médico del consultorio ISFAS. 					
DATOS PARA EL PAGO					
<i>Consígnese a continuación los datos de la cuenta bancaria del titular solicitante.</i>					
_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
COD. IBAN	DATOS BANCO O CAJA	DATOS DE LA SUCURSAL	D.C. Y NUMERO DE CUENTA		
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 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.			LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DEBIDAMENTE AUTORIZADA <small>(en los dos últimos casos, documentos escritos de autorización con copia de DNI del titular y representante)</small> 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					



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 PRESTACIÓN
PARA ASISTENCIA POR
FACULTATIVO AJENO**

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 <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.	
<input type="checkbox"/> POR GASTOS DE MÉDICO DE FAMILIA O PEDIATRA <input type="checkbox"/> POR GASTOS DE PROFESIONAL DE ENFERMERÍA O MATRONA			
INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN			
<ul style="list-style-type: none">Sólo pueden acogerse a esta prestación los asegurados adscritos a la Modalidad de asistencia primaria a través de los consultorios del ISFAS (Modalidad D1).El derecho a esta prestación surge cuando el ISFAS no disponga de un médico de familia, pediatra, matrona o profesional de enfermería que pueda asignarse al titular.La prestación consiste en el reintegro de los honorarios del facultativo o profesional de enfermería.			
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 TRATAMIENTO DE DATOS			
<p>Los datos personales facilitados serán incorporados al tratamiento de prestaciones suplementarias de la atención primaria y especializada cuya finalidad será el abono de prestación económica por asistencia por facultativo ajeno, 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>			