



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 TRATAMIENTOS DE  
PSICOTERAPIA**

**CÓDIGO DEL EXPEDIENTE**

## SOLICITUD

Número de Afiliación <b>28/7</b>	<b>DATOS DEL TITULAR</b>			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
<b>DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN</b>				
Nº de orden	Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo")			N.I.F.
<b>DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe médico del especialista en psiquiatría que corresponda en función de la Modalidad asistencial a la que esté adscrito el paciente, en el que habrá de consignarse el diagnóstico y la indicación del tratamiento.</li> <li>Informe del profesional que realiza el tratamiento en el que debe detallarse la técnica terapéutica y el número previsible de sesiones.</li> <li>Factura del centro o el profesional que debe incluir el nombre del paciente y el concepto, detallando el procedimiento terapéutico y el número de sesiones.</li> <li>Justificante del pago de la factura, cuando en la misma no se deje constancia del pago.</li> </ul>				
<b>DATOS PARA EL PAGO</b>				
<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	
<b>DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:</b> 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.  <b>Y SOLICITO</b> la prestación indicada en la cuantía que corresponda.			LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DEBIDAMENTE AUTORIZADA (en los dos últimos casos, documentos escritos de autorización con copia de DNI del titular y representante) <p style="text-align: right;">Antes de firmar la solicitud, debe leer la información básica sobre protección de datos que se presenta en el ejemplar para el interesado.</p> NIF del representante:  Relación con el titular:	
<b>INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS</b>				

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

SP- 8.1.3.1 2020

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**  
(Sólo utilizable por el primer Registro del ISFAS que reciba esta solicitud).

**EXPEDIENTE DE PRESTACIÓN  
PARA TRATAMIENTOS DE  
PSICOTERAPIA**

PUEDA 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 <b>28/7</b>	<b>DATOS DEL TITULAR</b>		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
<b>DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN</b>			
Nº de orden	Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo")		N.I.F.
<b>INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sólo pueden acogerse a esta prestación los beneficiarios adscritos a la Modalidad de asistencia por servicios públicos de salud y a cualquier Modalidad de asistencia especializada por Sanidad Militar.</li> <li>La prestación será equivalente al importe facturado por cada sesión, con el límite establecido en la normativa reguladora, hasta un máximo de 20 sesiones por año natural, salvo en los trastornos de la alimentación.</li> <li>Quedan excluidos los tratamientos de psicoanálisis y terapias afines, hipnosis o narcolepsia ambulatoria, los tratamientos que se realicen en régimen de internamiento u hospitalización y las terapias de mantenimiento.</li> <li>La prestación es incompatible con la de hospitalización psiquiátrica, tanto para internamiento como para hospital de día.</li> <li>No podrán reconocerse prestaciones al mismo beneficiario durante más de cinco años consecutivos y, a partir de ese momento, las sesiones tendrán la consideración de terapia de mantenimiento, salvo en trastornos de la alimentación.</li> </ul>			
<b>INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE PROCEDIMIENTO</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Con carácter general, las solicitudes se presentarán a través de la Sede Electrónica del ISFAS. También podrán presentarse en las Delegaciones del ISFAS.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ul>			
<b>INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS</b>			
<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 tratamiento de psicoterapia según prescripción facultativa, 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, <a href="mailto:OFICINA_LOPD_ISFAS@mde.es">OFICINA_LOPD_ISFAS@mde.es</a>.</p> <p>Delegado de Protección de Datos: <a href="mailto:dpd@mde.es">dpd@mde.es</a>.</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: <a href="#">Política de Privacidad y en el Registro de Actividades de Tratamiento</a>.</p>			