

SOLICITUD

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	Calle y número																											
	☐ El que se indica a continuación	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 ENFERMEDAD PROFESIONAL O ACCIDENTE EN ACTO DE SERVICIO ☐ POR MEDICAMENTOS PARA DEJAR DE FUMAR ☐ POR MEDICAMENTOS DISPENSACIÓN HOSPITALARIA ☐ POR INEXISTENCIA EN EL MERCADO NACIONAL ☐ 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, que tendrá que ser original y poseer 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. - 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.																													
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				
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. Y SOLICITO la prestación indicada en la cuantía que corresponda.			LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TITULAR O REPRESENTANTE (en el último caso, nº del DNI y relación con el titular) En _____ a _____ (En caso de presentación en órgano ajeno al ISFAS, utilícese este espacio para el registro)																										
INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS																													

SOLICITUD

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	Calle y número	
	☐ El que se indica a continuación	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 ENFERMEDAD PROFESIONAL O ACCIDENTE EN ACTO DE SERVICIO ☐ POR MEDICAMENTOS PARA DEJAR DE FUMAR ☐ POR MEDICAMENTOS DISPENSACIÓN HOSPITALARIA ☐ POR INEXISTENCIA EN EL MERCADO NACIONAL ☐ 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 Zyntabac® o de Champix® 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 Zyntabac® la prestación se limita a tratamientos de hasta 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 Champix®, la prestación alcanza a tratamientos de hasta 12 semanas (un envase de 11 x 0,5 mg +14 x 1 mg + 28 x 1 mg y dos envases de 56 comprimidos de 1mg, o bien un envase de 56 comprimidos de 1 mg y dos envases de 56 comprimidos de 1mg).			
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 COMPLEMENTARIA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS			
• El tratamiento de los datos personales precisos para la tramitación del presente procedimiento corresponde al Instituto Social de las Fuerzas Armadas. Dichos datos no se cederán a terceros salvo en cumplimiento de una obligación legal, garantizándose en todo caso las posibilidades de acceso, oposición, rectificación, limitación o supresión de los mismos ante el ISFAS, C/ Huesca 31 – 28020 - Madrid, o en la dirección de correo OFICINA_LOPD_ISFAS@mde.es • La información suplementaria sobre el ejercicio de estos derechos podrá consultarse en http://www.defensa.gob.es/isfas/PoliticaDePrivacidad.			