

Sol·licitud d'autorització pel reemborsament de Holters especials

1. Dades del metge sol·licitant(*)

Núm. CASS:

Cognoms i nom del prestador:

Especialitat:

Diagnòstic:

(*) El metge ha de ser cardiòleg, neuròleg o metge internista

2. Dades de la persona assegurada

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

3. Sol·licito

A la CASS l'autorització per a realitzar la prova següent:

Holter de 30 dies.

(S'ha de fer constar l'informe del resultat del Holter de 24/48 hores en el següent espai o bé adjuntar l'informe.)

Holter subcutani.

(S'ha de fer constar l'informe del resultat del Holter de 30 dies en el següent espai o bé adjuntar l'informe.)

Em dono per assabentat que per a sol·licitar una prova de Holter subcutani s'ha de realitzar prèviament un holter de 30 dies.

4. Centre Mèdic on es realitza la prova

Declaro que aquesta prestació es realitzarà:

- Centre Hospitalari Andorrà
Unitat de diabetis (Holter 30 dies)
Unitat quirúrgica (Holter subcutani)
- Nom i cognoms del metge:
 - Núm. de prestador:

Centre de fora d'Andorra (Centres amb cardiologia convencionada):

- Nom del metge tractant:
- Nom del centre:

5- Documentació adjuntada

Informe mèdic	
Resultat de proves (especificar):	
Altres (especificar):	

[Signatura i segell del metge sol·licitant]

Lloc:

Data:

Protecció de dades. A l'efecte del que preveu la Llei qualificada 15/2003 de protecció de dades personals, us informem que les dades consignades en aquest document s'incorporen als fitxers de la CASS i poden ser tractades i comunicades d'acord amb el Decret, del 20 de setembre de 2006, que regula els fitxers de dades de caràcter personal de l'ens públic Caixa Andorrana de Seguretat Social, BOPA núm. 74, any 18, del 27/09/2006. En relació amb les dades esmentades, podeu exercir els drets d'accés, rectificació, supressió i oposició, en els termes que preveu la Llei qualificada 15/2003 de protecció de dades personals.

Espai reservat a la CASS

Compleix els requisits administratius per tenir dret a la prestació:	Si	No
Compleix els requisits mèdics per tenir dret a la prestació:	Si	No
Aquest document té validesa pel període de tres mesos		

[Signatura i segell metge/ssa de l'àrea de Control Sanitari]

Data: