

Sol·licitud de volants mèdics

França

Espanya (Centres convençionats)

1. Dades de la persona sol·licitant

Núm. CASS:

Data de naixement:

Cognoms i nom:

Telèfon:

Correu electrònic

2. Representant legal (si cal)

Núm. CASS:

Cognom i nom:

En qualitat de (pare, mare, tutor...):

3. Dades prova / visita mèdica

***A omplir únicament en cas de prova o visita mèdica. Per intervencions quirúrgiques omplir el punt 4 del present formulari.**

Nom del centre/ Nom del metge	Data acte	Tipus acte Visita/Prova	Especialitat

4. Dades intervenció quirúrgica

Data intervenció quirúrgica

Intervenció quirúrgica^(*)

Ambulatori

Ingrés

Nombre de dies d'ingrés:

(*)Per les proves i intervencions quirúrgiques, s'ha d'adjuntar la petició/recepta i/o informe mèdic corresponent a excepció de què la derivació ja contempli aquesta informació

Nom de l'Hospital o centre:

Especialitat del metge:

Nom del metge:

5. Dades de la derivació

Disposa de derivació d'un metge convencionat a Andorra

SI

NO

(En cas que SI, adjuntar)

L'acte deriva d'un accident laboral

SI

NO

És estudiant fora d'Andorra:

SI

NO

6. Comunicació de la resolució

Accepto i dono el meu consentiment perquè la comunicació de la resolució de la present sol·licitud es faci pels mitjans següents:

Per comunicació electrònica segura a l'adreça que he indicat en l'apartat 1.

Recollida de la carta a la recepció de l'edifici de la CASS. (Els serveis de la CASS avisaran al telèfon indicat en l'apartat 1)

S'informa que per qualsevol comunicació de la seguretat social s'utilitzaran les vostres dades de contacte que figuren registrades en els fitxers de la CASS, i que es poden actualitzar mitjançant el formulari <https://www.cass.ad/tramits/cass-0054>

7. Accepto

Que em dono per assabentat/ada dels drets i obligacions previstos per la normativa vigent i qualsevol incompliment a les disposicions donarà lloc a les sancions i responsabilitats corresponents.

Quan els actes siguin a través d'assistència privada no es faran autoritzacions/volants per a les peticions o derivacions ordenades per metges no convencionats ni per actes mèdics ordenats per un prestador convencionat que es realitzin en centres o metges privats. En aquest cas es pot

presentar la factura amb el comprovant de pagament per al reembossament del 20% de les tarifes de la CASS.

En tots els casos els percentatges de reembossament estan subjectes a l'acompliment de la via preferent <https://www.cass.ad/laviapreferent>

8. Protecció de dades

La CASS us informa que tractarà les dades que voluntàriament ens faciliti mitjançant aquest formulari, juntament amb les que puguem demanar-vos o siguin necessàries per donar-vos el servei que ens demana, amb les finalitats d'atendre la seva sol·licitud i d'extraure estadístiques agregades per millorar els serveis i l'atenció de la CASS. Aquestes dades no es comparteixen amb tercers llevat que sigui estrictament necessari per a atendre la seva sol·licitud o que sigui la nostra obligació legal. Li recordem que a la política de privacitat del nostre lloc web trobarà informació addicional sobre aquest tractament, i sobre la manera d'exercir els seus drets d'accés, rectificació i supressió, entre altres.



9. Signatura del sol·licitant i data

[Signatura i nom i cognom del sol·licitant]

Lloc:

Data: