

Sol·licitud de reemborsament via entesa prèvia

Espai reservat a la CASS		
Acord mèdic de la CASS	Favorable	Desfavorable
Data:		
[Signatura i segell]		

1. Dades de la persona sol·licitant

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Data de naixement:

Nacionalitat:

Document que us identifica:

Passaport. Núm.

Document d'identitat. Núm.

Adreça:

Núm:

Esc:

Pis:

Porta:

Població:

Parròquia:

Codi postal:

País:

Telèfon:

Correu electrònic

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>

2. Representant legal (si cal)

Núm. CASS:

Cognom i nom:

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

3. Sol·licito el reemborsament de:

3.1. Resolucions en 72 hores:

3.1.1. Material mèdic:

Audiòfons

Documentació obligatòria:

Recepta otorrinolaringòleg

Pressupost centre auditiu

Audiometria

3.1.2. Vacunes:

Gardasil

Shingrix

Documentació obligatòria:

Informe mèdic

Recepta

3.1.3. Productes farmacèutics:

Todacitan

Documentació obligatòria:

Informe mèdic (opcional)

Recepta

Test de Fageström

Medicació anàlegs GLP1 (Ozempic, etc... No adjuntar recepta original)

Documentació obligatòria:

Informe mèdic

Recepta

Hormona de Creixement

Documentació obligatòria:

Formulari Govern

Informe mèdic (opcional)

Oralimpact (Alimentació preoperatòria)

Documentació obligatòria:

Informe mèdic (opcional)

Recepta

Injecció intravítrea (Eylea, lucentis)

Documentació obligatòria:

Recepta Oftalmòleg

Altres productes farmacèutics amb Entesa previa

Informe mèdic

Recepta

3.1.4. Transport, despeses i allotjament

Transport Sanitari (Ambulància)

Transport ordinari (vehicle propi, taxi, etc...)

Despeses allotjament

Documentació obligatòria:

Informe mèdic

Factures (opcional)

3.1.5. Rehabilitació

Logopèdia

Documentació obligatòria:

Derivació

Informe Logopeda

Optometria(Rehabilitació visual)

Documentació obligatòria:

Derivació

Balanç

Fisioteràpia

Prestador no convencionat Andorra

Prestador fora d'Andorra

Espanya

França

Documentació obligatòria:

Nom del fisioterapeuta:

Derivació Andorra

Derivació fora d'Andorra

3.1.6. Proves mèdiques

Cribratge Prenatal

Documentació obligatòria: Informe mèdic Recepta

Analítica

Documentació obligatòria:

Informe mèdic Recepta

Polisomnografia

Documentació obligatòria

Recepta pneumòleg

3.1.7. Tractaments

Infiltracions (PRP...)

Documentació obligatòria: Informe mèdic

3.1.8. Accident laboral:

Accident laboral(reobrir/factures/etc)

Documentació obligatòria: Informe mèdic

3.1.9. Actes mèdics

Monitors de glucèmia

Documentació obligatòria

Formulari CASS 0154 o formulari (CASS 0116)

Recepta(obligatori amb el formulari (CASS 0154)

Holters especials

Documentació obligatòria

Formulari (CASS 0173)

Informe mèdic

4. Notificació de la resolució

Accepto i dono el meu consentiment perquè la notificació 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.

Recollida de la carta a la recepció de l'edifici de la CASS a les 72 h.

5. Resolucions en 2 mesos

5.1.1. Proves mèdiques

Estudi genètic

Documentació obligatòria:

Informe mèdic

Recepta

5.1.2. Tractaments mèdics

FIV

Documentació obligatòria:

Derivació metge especialista d'Andorra a un centre especialitzat en la realització de RHA

Informe mèdic on s'indica i especifica el compliment previst en l'article 1 i la no existència de criteris de l'article 2.2 (Decret 474/2022 del 16 de novembre del 2022)

Document del registre civil o altra documentació oficial que acredita l'absència de fills previs, en el cas de dones soles i de fills previs en comú, en el cas de parella

Elecció del centre especialitzat en la realització de RHA per part de l'assegurat/da

Pressupost del centre especialitzat

5.1.3. Intervencions quirúrgiques

IQ Bariàtrica o post - bariàtrica

Documentació obligatòria:

Informe psiquiatria

Informe endocrí

Informe cirurgia

IQ Mamària

Documentació obligatòria:

Informe cirurgia

Implants coclears / Processadors

Documentació obligatòria

Informe mèdic

Pressupost del centre on s'implantarà

5.1.4. Productes farmacèutics:

Llet especial

Documentació obligatòria:

Recepta llet sol·licitada

Informe Pediatria

Alimentació enteral

Documentació obligatòria:

Recepta metge

Informe metge

5.1.5. Malaltia professional

Documentació obligatòria:

Declaració malaltia professional (CASS 0085)

Declaració activitat persona assalariada (CASS 0071)

5.1.6. Risc durant l'embaràs

Documentació obligatòria:

Sol·licitud risc durant l'embaràs (CASS 0050)

Declaració d'activitat persona assalariada (CASS 0071)

Certificat conforme no es pot reubicar a l'empresa

5.1.7. Ortopèdia

Cadira rodes elèctrica i/o Pediàtrica

Grua

Documentació obligatòria:

Pressupost ortopèdia

Recepta metge

5.1.8. Altres:

6. Notificació de la resolució

Accepto i dono el meu consentiment perquè la notificació 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)

Per correu postal a l'adreça indicada a l'apartat 1. (Els serveis de la CASS acordaran amb l'assegurat el dia i hora de lliurament, prèvia trucada al número de telèfon indicat a l'apartat 1)

7. Accepto

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

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

[Signatura i nom i cognom del sol·licitant]

Lloc:

Data:

C. Joan Maragall, 3. AD500 Andorra la Vella. Tel. +376 870 800 Fax +376 860 986 www.cass.ad

Informació complementària: Àrea d'Atenció al  143 a/e: public@cass.ad