

Informe mèdic per a la sol·licitud a la CASS de les prestacions de reembossament per a la cobertura 90% (actes ambulatoris) i 100 % (actes hospitalaris)

Per al reembossament de tractaments i/o medicaments especialment costosos al 100%

A OMLIR PEL METGE TRACTANT

1. Dades de la persona sol·licitant

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

2. Patologies que presenta la persona i data de la primera constatació de cadascuna (indiqueu tots els diagnòstics)

3. Tractament

Diàlisi

Quimioteràpia

Radioteràpia

Altres [especifiqueu-lo]

Durada del tractament: des de

fins a

4. Actes i prestacions

Prestacions farmacèutiques
(indiqueu els principis actius):

Altres prestacions i exploracions
complementaries previstes:

5. Informació complementària

6. Informació complementària per aportar a la CASS

Aporteu tota la informació mèdica complementària (informes mèdics, radiografies...) per resoldre la vostra demanda.

7. Protecció de dades

D'acord amb el que disposa la Llei 29/2021, del 28 d'octubre, qualificada de protecció de dades personals, s'informa que el responsable del tractament és la CASS, amb domicili al carrer Joan Maragall, 3 AD500 Andorra la Vella, i telèfon 870870. Podeu contactar amb el Delegat de protecció de dades (DPD) dirigint-vos a dpd@cass.ad.

El tractament de les seves dades es realitza amb la finalitat de donar compliment a la present sol·licitud, a les obligacions legals de la CASS i altres bases legitimadores. Podeu accedir al nostre RAT mitjançant una sol·licitud adreçada al Delegat de protecció de dades.

Les dades proporcionades es conservaran durant el temps estrictament necessari per complir amb la finalitat per la qual es recapten, i per determinar les possibles responsabilitats que es poguessin derivar d'aquesta finalitat, tenint en compte els períodes establerts en la normativa d'arxiu i documentació. Amb caràcter general no es comunicaran dades personals a tercers, amb l'excepció que existeixi una obligació legal.

La persona interessada pot exercir els drets d'accés, portabilitat, rectificació i supressió de les seves dades, així com a limitar-ne el tractament o a oposar-s'hi, formalitzant una sol·licitud escrita davant el DPD o per correu electrònic a l'adreça dpd@cass.ad. Així mateix, en cas que ho consideri escaient, la persona interessada pot presentar una reclamació davant l'autoritat de control.

8. Signatures

[Nom i cognoms i signatura del metge coordinador i segell]	[Nom i cognoms i signatura de la persona sol·licitant]	[Nom i cognoms i signatura del metge del Control Mèdic de la CASS]
--	--	--

Lloc:

Data: