

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 adjunta

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

6. 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 recaptin, 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.

7. Signatura

[Signatura i segell del metge sol·licitant]

Lloc:

Data:

Espai reservat a la CASS

Compleix els requisits administratius per tenir dret a la prestació: Sí No

Compleix els requisits mèdics per tenir dret a la prestació: Sí No

Aquest document té validesa pel període de tres mesos

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

Data: