

**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. 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:**

**Protecció de dades.** Als efectes del que preveu la Llei qualificada 15/2003, de protecció de dades personals, us informem que les dades ja 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 del 2006, que regula els fitxers de caràcter personal de l'ens públic Caixa Andorrana de Seguretat Social, BOPA núm.74, any 18, del 27/09/2006. En relació a 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.