

**Sol·licitud de reembossament del 90% (actes ambulatoris) i del 100% (actes hospitalaris)
de les tarifes de responsabilitat**

(article 139 del text consolidat de la Llei 17/2008, del 3 d'octubre, de la seguretat social i Reglament regulador de les prestacions de reembossament fins al 100% de les tarifes de responsabilitat de la Caixa Andorrana de Seguretat Social)

Per patologia

Per tractament i/o medicaments especialment costosos

1. Dades de la persona assegurada directa

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Telèfon: correu electrònic:

2. Dades de la persona assegurada indirecta

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

3. Assegurança complementària (si és el cas)

Indicar si teniu contractada una assegurança complementària:

SI

NO

Aporteu un certificat de la companyia asseguradora.

4. Declaro sota jurament/promesa

Que no tinc contractada cap pòlissa d'assegurança per malaltia complementària ni per a mi ni per als meus beneficiaris que es faci càrrec de la despesa mèdica (25% i 10%) no reemborsada per la CASS i motiu d'aquesta demanda.

5. Em comprometo

A informar de manera immediata la CASS en cas d'una contractació futura d'una pòlissa d'assegurança per malaltia complementària per a mi o els meus beneficiaris.

6. 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.

Que el/la sotasignat/ada certifica l'exactitud de les dades declarades i autoritza la CASS a comprovar l'autenticitat de la informació i les dades facilitades, mitjançant els registres i arxius de l'Administració General, l'Administració Comunal o de qualsevol altre organisme o entitat. Així mateix, s'autoritza el traspàs de la informació i les dades de les administracions esmentades quan siguin necessàries per la tramitació de la prestació sol·licitada.

7. Sol·licito

El reembossament fins al 100 % de les tarifes de responsabilitat des de la data

8. Adjunto la documentació següent

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) i per a reemborsament dels tractaments i/o medicaments especialment costosos	
Recepta mèdica on es justifiqui l'acte sanitari especialment costós	
Si escau, Certificat de la Companyia Asseguradora	
Altres [especifiqueu-lo]	

9. Signatura

[Signatura i nom i cognoms de la persona assegurada directa]

[Signatura i nom i cognoms de la persona assegurada indirecta]

Lloc:

Data:

Protecció de dades. A l'efecte del que preveu la Llei qualificada 15/2003, del 18 de desembre, de protecció de dades personals, us informem que les dades consignades en aquest document s'incorporen als fitxers de la CASS i poden ser tractades i comunicades d'acord amb el Decret, de 20 de setembre de 2006, que regula els fitxers de dades de caràcter personal de l'ens públic Caixa Andorrana de Seguretat Social, BOPA núm. 74, any 18, del 27/09/2006. En relació amb les dades esmentades, podeu exercir els drets d'accés, rectificació, supressió i oposició, en els termes que preveu la Llei qualificada 15/2003, del 18 de desembre, de protecció de dades personals.