

**Sol·licitud del reemborsament del 100% de les tarifes de responsabilitat  
d'equips d'infusió subcutània contínua d'insulina**

**1. Dades de la persona assegurada**

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Diagnòstic:

Història clínica:

**2. Sol·licito**

El reemborsament del 100% de les tarifes de responsabilitat per part de la CASS del control de la diabetis mellitus tipus 1, eventualment tipus 2, amb equip d'infusió subcutània contínua d'insulina (bomba i fungibles).

**3. Lloc on es realitza la prestació i metge tractant**

Unitat de Diabetis (Centre Hospitalari Andorrà)

Estranger On?

Motiu [expliqueu-lo breument]

Metge tractant:

Data de la recepta:

**4. 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

## 5. Signatura

[Signatura de la persona assegurada o del seu representant]

**Lloc:**

**Data:**                    /                    /

**Protecció de dades.** A l'efecte del que preveu la Llei qualificada 15/2003 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, del 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 de protecció de dades personals.

## 6. Adjunto la documentació següent

Recepta mèdica (pediatria, endocrinologia o especialista en medicina interna de la Unitat de Diabetis del CHA)	
Altres [especifiqueu-ho]	

Espai reservat a la CASS

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

Aquest document té validesa pel període de vigència indicat i sempre que la persona assegurada compleixi els requisits previstos per la Llei.

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

Període de concessió des de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ fins a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signatura i segell del/de la metge/ssa assessor:

[Segell i signatura]

**Recurs**

Contra les decisions i les resolucions de la Direcció General de la CASS, la persona interessada pot recórrer per via administrativa davant del Consell d'Administració de la CASS en el termini de 13 dies hàbils següents als de la notificació, d'acord amb l'article 255 de la Llei 17/2008, de 3 d'octubre, de la seguretat social.

[Signatura de la persona interessada]

Rebut el dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_