

**Sol·licitud de desplaçament fora d'Andorra per motius mèdics  
i sol·licitud de desplaçament de l'acompanyant**

**1. Dades de la persona assegurada directa**

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Data de naixement:        /        /

**2. Dades de la persona indirecta**

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Data de naixement:    :        /        /

**3. Sol·licito el pagament de les despeses de desplaçament**

Pel trasllat realitzat a \_\_\_\_\_ per rebre assistència sanitària, un tractament específic o una prova de diagnòstic que no es pot dur a terme a Andorra.

**3 Sol·licito que s'abonin les despeses de desplaçament de l'acompanyant**

Manifesto que compleixo alguns dels requisits previstos perquè les despeses de l'acompanyant siguin reembossades d'acord amb les tarifes de responsabilitat de la CASS.

Requisits:

Persona beneficiària d'una pensió d'invalidesa de la categoria B

Persona que pateix una malaltia professional o un accident de treball i que necessita l'assistència d'una altra persona per dur a terme les activitats de la vida diària

Menor de 18 anys

Persona incapacitada judicialment

Persona que té reconeguda l'assistència d'una altra persona per dur a terme les activitats de la vida diària (Comissió Nacional de Valoració (CONAVA))

#### 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.

Que el reemborsament de la prestació sol·licitat està supeditat al compliment de la normativa vigent de seguretat social.

#### 5. Adjunto la documentació següent

Recepta mèdica	
Factura/es de les despeses de desplaçament i allotjament	
Comprovant mèdic dels actes efectuats on consti la data i el nom de la persona assegurada	
Informe mèdic	
Altres	

#### 6. 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.

**Espai reservat a la CASS a omplir per l'Àrea de Control Sanitari**

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

**1. Dades del transport i de l'allotjament**

Metge tractant:

Diagnòstic mèdic:

Tipus de transport:

**2. Lloc de destinació**

Nom del centre: Servei mèdic:

Cognoms i nom del/de la metge/essa:

Adreça:

Periodicitat:

Data i hora del tractament: / / : h

**3. Acompanyant**

Compleix els requisits per tenir dret a l'acompanyant: Sí No

**Acceptat.**

Data de l'acord: / / Lletra clau i tarifa:

**Denegat.**

Data / / **Motius:**

El tractament / exploració / especialitat es realitza a Andorra.

No compliu les condicions per atorgar el pagament de les despeses de l'acompanyant d'acord amb el que disposa l'article 2 del Reglament regulador de les despeses de desplaçament.

Altres:

Signatura i segell  
Metge de l'Àrea de Control Sanitari