

### Sol·licitud de reemborsament via entesa prèvia

| Espai reservat a la CASS |           |              |
|--------------------------|-----------|--------------|
| Acord mèdic de la CASS   | Favorable | Desfavorable |
| Data:                    |           |              |
| [Signatura i segell]     |           |              |
| OBSERVACIONS             |           |              |

## 1. Dades de la persona sol·licitant

|                    |                    |      |      |        |
|--------------------|--------------------|------|------|--------|
| Núm. CASS:         | Data de naixement: |      |      |        |
| Cognoms i nom:     |                    |      |      |        |
| Adreça:            |                    |      |      |        |
| Compl. Adreça:     | Núm:               | Esc: | Pis: | Porta: |
| Població:          | Codi Postal:       |      |      |        |
| Telèfon:           |                    |      |      |        |
| Correu electrònic: |                    |      |      |        |

## 2. Representant legal (si cal)

Núm. CASS:

Cognom i nom:

En qualitat de (pare, mare, tutor...):

### 3. Resoluciones en 72 hores

| Sol·licitud                                                                  | Documentació obligatòria                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Audiòfons</b>                                                             | Recepta de l'especialista en otorrinolaringologia<br>Informe de l'audiometria |
| <b>Shingrix</b> (les persones majors de 50 anys No necessiten entesa prèvia) | Recepta<br>Informe mèdic                                                      |
| <b>Oralimpact</b>                                                            | Recepta<br>Informe mèdic                                                      |
| <b>Cribatge Prenatal</b>                                                     | Recepta<br>Informe mèdic                                                      |
| <b>Analítica</b> (Lletra E de la Nomenclatura ZB0999A)                       | Recepta<br>Informe mèdic                                                      |

|                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Monitors de glucèmia</b>                                                                                                                                                                                          | Formulari CASS- 0116 (Prestador d'Andorra)                                                                          |
| <b>Holters especials</b>                                                                                                                                                                                             | Informe mèdic i resultat de la prova del Holter<br>Formulari CASS-0173                                              |
| <b>Llet especial</b>                                                                                                                                                                                                 | Recepta<br>Informe Pediatria                                                                                        |
| <b>Alimentació enteral</b>                                                                                                                                                                                           | Recepta<br>Informe mèdic                                                                                            |
| <b>Productes farmacèutics:</b>                                                                                                                                                                                       | Recepta<br>Informe mèdic                                                                                            |
| <b>Transport</b><br>Per als desplaçaments en què s'aplica la tarifa quilomètrica<br>Desplaçaments amb taxi individual que no siguin per dur a terme sessions de radioteràpia<br>Allotjament sense ingrés hospitalari | Recepta mèdica o derivació<br>Justificant de l'assistència rebuda<br>Rebut del pagament, transport i/o allotjament. |

#### 4. Resolucions en 2 mesos

| <b>Sol·licitud</b>                                                                      | <b>Documentació obligatòria</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>IQ Mamària</b><br>Per patologia oncològica no és necessari sol·licitar entesa prèvia | Informe de l'especialista en cirurgia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Estudi genètic</b>                                                                   | Recepta<br>Informe mèdic                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Implants coclears/Processadors</b>                                                   | Pressupost del centre<br>Informe mèdic                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Cadira de rodes elèctrica</b><br><b>Grua</b>                                         | Pressupost de l'ortopèdia<br>Recepta mèdica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Malaltia professional</b>                                                            | Formularis: CASS-0085 i CASS-0071                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Risc durant l'embaràs</b>                                                            | Formularis: CASS-050 i CASS-0071<br>Certificat conforme no es pot reubicar a l'empresa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>IQ Bariàtrica o post - bariàtrica</b>                                                | Informe de l'especialista en psiquiatria<br>Informe de l'especialista en endocrinologia<br>Informe de l'especialista en cirurgia                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Fecundació In Vitro (FIV)</b>                                                        | Derivació del metge/ssa especialista d'Andorra a un centre especialista en la realització de RHA<br>Informe mèdic que acrediti el compliment previst en l'article 1 i la no existència de criteris de l'article 2.2. (Decret 474/2002 del 16 de novembre de 2022)<br>Document del registre civil o altra documentació que acredita l'absència de fills previs, en el cas de dones soles i de fills previs en comú, en el cas de parella |

## 5. Altres

---

## 6. Notificació de la resolució

---

Accepto i dono el meu consentiment perquè la notificació de la resolució de la present sol·licitud es faci pels mitjans següents:

Per comunicació electrònica segura a l'adreça que he indicat en l'apartat 1.

Recollida de la carta a la recepció de l'edifici de la CASS. ( Els serveis de la CASS avisaran al telèfon indicat en l'apartat 1)

Per correu postal a l'adreça indicada a l'apartat 1. ( Els serveis de la CASS acordaran amb l'assegurat el dia i hora de lliurament, prèvia trucada al número de telèfon indicat a l'apartat 1). **Només per les Enteses prèvies amb resolució en dos mesos.**

## 7. Accepto

---

Que em dono per assabentat/da dels drets i obligacions previstos per la normativa vigent i qualsevol incompliment a les disposicions donarà lloc a les sancions i responsabilitats corresponents.

## 8. Protecció de dades

---

La CASS us informa que tractarà les dades que voluntàriament ens faciliti mitjançant aquest formulari, juntament amb les que puguem demanar-vos o siguin necessàries per donar-vos el servei que ens demana, amb les finalitats d'atendre la seva sol·licitud i d'extraure estadístiques agregades per millorar els serveis i l'atenció de la CASS. Aquestes dades no es comparteixen amb tercers llevat que sigui estrictament necessari per a atendre la seva sol·licitud o que sigui la nostra obligació legal. Li recordem que a la política de privacitat del nostre lloc web trobarà informació addicional sobre aquest tractament, i sobre la manera d'exercir els seus drets d'accés, rectificació i supressió, entre altres.



## 9. Signatura

---

[Signatura i nom i cognom del sol·licitant]

Lloc:

Data: