

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. Resolucions en 72 hores

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

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

4. Resolucions en 2 mesos

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