



---

#### 4. Dades intervenció quirúrgica

---

Data intervenció quirúrgica

#### Intervenció quirúrgica<sup>(\*)</sup>

Ambulatori

Ingrés

Nombre de dies d'ingrés:

(\*)Per les proves i intervencions quirúrgiques, s'ha d'adjuntar la petició/recepta i/o informe mèdic corresponent a excepció de què la derivació ja contempli aquesta informació

Nom de l'Hospital o centre:

Especialitat del metge:

Nom del metge:

---

#### 5. Dades de la derivació

---

Disposa de derivació d'un metge convencionat a Andorra

SI

NO

(En cas que SI, adjuntar)

L'acte deriva d'un accident laboral

SI

NO

És estudiant fora d'Andorra:

SI

NO

---

#### 6. Comunicació de la resolució

---

Accepto i dono el meu consentiment perquè la comunicació 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)

**S'informa que per qualsevol comunicació de la seguretat social s'utilitzaran les vostres dades de contacte que figuren registrades en els fitxers de la CASS, i que es poden actualitzar mitjançant el formulari <https://www.cass.ad/tramits/cass-0054>**

---

#### 7. 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.

Quan els actes siguin a través d'assistència privada no es faran autoritzacions/volants per a les peticions o derivacions ordenades per metges no convencionats ni per actes mèdics ordenats per un prestador convencionat que es realitzin en centres o metges privats. En aquest cas es pot

presentar la factura amb el comprovant de pagament per al reembossament del 20% de les tarifes de la CASS.

En tots els casos els percentatges de reembossament estan subjectes a l'acompliment de la via preferent <https://www.cass.ad/laviapreferent>

---

## 8. Protecció de dades

---

La CASS us informa que tractarà les dades que voluntàriament ens faciliteu 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 del sol·licitant i data

---

[Signatura i nom i cognom del sol·licitant]

Lloc:

Data: