

### Sol·licitud de reemborsament via entesa prèvia

<b>Espai reservat a la CASS</b>		
Acord mèdic de la CASS	Favorable	Desfavorable
Data:		
[Signatura i segell]		
<b>OBSERVACIONS</b>		

#### 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
<b>Audiòfons</b>	Recepta de l'especialista en otorrinolaringologia Informe de l'audiometria
<b>Shingrix</b> (només persones entre 18 i 50 anys)	Recepta Informe mèdic
<b>Cribatge Prenatal</b>	Recepta Informe mèdic
<b>Llet especial</b>	Recepta Informe Pediatria
<b>Alimentació enteral</b>	Recepta. Informe mèdic
<b>Productes farmacèutics</b>	Recepta Informe mèdic

<p><b>Transport</b> Només cal entesa prèvia 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.</p>	<p>Recepta mèdica o derivació Justificant de l'assistència rebuda Rebut del pagament, transport i/o allotjament.</p>
---	--

#### 4. Resolucions en 2 mesos

Sol·licitud	Documentació obligatòria
<p><b>IQ Mamària</b> Per patologia oncològica no és necessari sol·licitar entesa prèvia</p>	<p>Informe de l'especialista en cirurgia</p>
<p><b>Estudi genètic</b></p>	<p>Recepta Informe mèdic</p>
<p><b>Cadira de rodes elèctrica</b> <b>Llit articulat</b> <b>Grua</b></p>	<p>Pressupost de l'ortopèdia Recepta mèdica</p>
<p><b>IQ Bariàtrica o post – bariàtrica</b></p>	<p>Informe de l'especialista en psiquiatria Informe de l'especialista en endocrinologia Informe de l'especialista en cirurgia</p>
<p><b>Fecundació In Vitro (FIV)</b></p>	<p>Derivació del metge/ssa especialista d'Andorra a un centre especialista en la realització de RHA</p> <p>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)</p> <p>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</p>

#### 5. 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 2 mesos.**

## 6. 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.

## 7. Protecció de dades

---

La CASS us informa que tractarà les dades que voluntàriament ens faciliți 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.



## 8. Signatura

---

[Signatura i nom i cognom del sol·licitant]

Lloc:

Data: