

**Informe mèdic per a la sol·licitud a la CASS de les prestacions de reembossament  
per a la cobertura 90% (actes ambulatoris) i 100 % (actes hospitalaris)**

**Per al reembossament de tractaments i/o medicaments especialment costosos al  
100%**

**A OMLIR PEL METGE TRACTANT**

**1. Dades de la persona sol·licitant**

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Data de naixement:

**2. Patologies que presenta la persona i data de la primera constatació de cadascuna  
(indiqueu tots els diagnòstics)**

**3. Tractament**

Diàlisi

Quimioteràpia

Radioteràpia

Altres [especifiqueu-lo]

Durada del tractament: des de

fins a

**4. Actes i prestacions**

Prestacions farmacèutiques  
(indiqueu els principis actius):

Altres prestacions i exploracions  
complementaries previstes:

---

## 5. Informació complementària

---

---

## 6. Informació complementària per aportar a la CASS

---

Aporteu tota la informació mèdica complementària (informes mèdics, radiografies...) per resoldre la vostra demanda

---

## 7. 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.



---

## 8. Signatura

---

|  |  |  |
|--|--|--|
| [Nom i cognoms i signatura del metge coordinador i segell] | [Nom i cognoms i signatura de la persona sol·licitant] | [Nom i cognoms i signatura del metge del Control Mèdic de la CASS] |
|--|--|--|

**Lloc:**

**Data**