

## Sol·licitud d'autorització pel reemborsament de Holters especials

### 1. Dades de la persona assegurada

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

### 2. Dades del metge sol·licitant (\*)

Núm. CASS:

Cognoms i nom del prestador:

Especialitat:

Diagnòstic:

**(\*) El metge ha de ser cardiòleg, neuròleg o metge internista**

### 3. Sol·licito

A la CASS l'autorització per a realitzar la prova següent:

Holter de 30 dies.

(S'ha de fer constar l'informe del resultat del Holter de 24/48 hores en el següent espai o bé adjuntar l'informe.)

Holter subcutani.

(S'ha de fer constar l'informe del resultat del Holter de 30 dies en el següent espai o bé adjuntar l'informe.)

Em dono per assabentat que per a sol·licitar una prova de Holter subcutani s'ha de realitzar prèviament un holter de 30 dies

### 4. Centre Mèdic on es realitza la prova

Declaro que aquesta prestació es realitzarà:

Centre Hospitalari Andorrà

Hospital de dia (Holter 30 dies)

Unitat quirúrgica (Holter subcutani)

- Nom i cognoms del metge:

- Núm. de prestador:

Centre de fora d'Andorra (Centres amb cardiologia convencionada):

- Nom del metge tractant:
- Nom del centre:

## 5. Documentació adjunta

Informe mèdic	
Resultat de proves (especificar)	
Altres (especificar)	

## 6. 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.



## 7. Signatura

[Signatura i segell del metge sol·licitant]

Lloc:

Data:

### Espai reservat de la CASS

Compleix els requisits administratius per tenir dret a la prestació: Sí No

Compleix els requisits mèdics per tenir dret a la prestació: Sí No

Aquest document té validesa pel període de tres mesos

[Signatura i segell metge/ssa de l'àrea de Control Sanitari]

Data