

Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

Den här blanketten ska fyllas i av dig som vill ansöka om ersättning i efterhand för planerad vård utomlands. Det gäller både om du har fått ett förhandsbesked från Försäkringskassan innan du fick vården och om du inte har något sådant.

Ett förhandsbesked är ett beslut från Försäkringskassan om att du får ersättning för vården i efterhand. Förhandsbeskedet gäller upp till ett visst belopp.

**1. Du som har fått planerad vård i ett annat EES-land**

Förnamn och efternamn		Personnummer (12 siffror)
Vårdnadshavarens förnamn och efternamn (om du som planerar vård är under 18 år)		Personnummer (12 siffror)
Utdelningsadress	Postadress	
Vilken region tillhörde du när du fick vården?		
Hade du högkostnadskort eller frikort för sjukvård när du fick vården utomlands? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja. Kom ihåg att bifoga en kopia, eller ett utdrag av digitalt högkostnadskort eller frikort.		
Är du registrerad i E-hälsomyndighetens högkostnadsdatabas? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja. Kom ihåg att bifoga ett registerutdrag ur högkostnadsdatabasen.		
Om du får ersättning för läkemedelskostnader, vill du att Försäkringskassan lämnar uppgifter om dessa så att de kan räknas in i ditt högkostnadsskydd? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		

54220103

**Fråga 2 och 3 behöver du bara svara på om du inte har fått ett förhandsbesked, eller om du fått vård som inte omfattas av förhandsbeskedet.**

**2. Uppgifter om vårdgivaren utomlands**

Vårdgivarens namn
Adress och land

**3. Uppgifter om sjukdom eller diagnos och vård utomlands**

För vilken sjukdom eller diagnos fick du vård utomlands?	
När fick du vården?	
Beskriv den vård du fick	<input type="checkbox"/> Jag lämnar upplysningar i en bilaga
Beskriv den vård du fick	<input type="checkbox"/> Jag har inte sökt vård i Sverige för dessa besvär

#### 4. Vad kostade vården?

Specificera dina kostnader för sjukvård, läkemedel, hjälpmedel eller andra vårdprodukter. Kom ihåg att bifoga kvitton som styrker alla kostnader


#### 5. Kontouppgifter

##### Konto för engångsutbetalning

Fyll i det konto som du vill ha denna utbetalning till. Om du vill att utbetalningen ska gå till annat konto än ditt eget måste du också bifoga en fullmakt för detta.

##### Anmäl konto för utbetalning

Om du vill anmäla ett konto som ska gälla för alla utbetalningar från Försäkringskassan så kan du göra det på Mina sidor eller genom att fylla i blanketten *Anmälan om konto* (5605).

Clearingnummer	Kontonummer
----------------	-------------

#### 6. Vilka bilagor skickar du med?

Du måste alltid skicka med dokumentation av vården, till exempel en kopia av journalen från den utländske vårdgivaren där din diagnos och aktuella medicinska tillstånd beskrivs. Om du sökt vård i Sverige tidigare för dina besvär bör du också skicka in journalkopior från svensk vårdgivare. Du kan också skicka med andra dokument som du tycker är viktiga. Bifoga gärna ett kontoutdrag om du betalat för vården i en annan valuta.

Försäkringskassan kan genom regionen få tillgång till uppgifter i dina tidigare journaler.

<input type="checkbox"/> Kvitton i original eller kopia av faktura (obligatoriskt)	<input type="checkbox"/> Annan dokumentation om vården/behandlingen
<input type="checkbox"/> Kopia av högkostnadskort eller frikort, eller utdrag av digitalt högkostnadskort eller frikort	<input type="checkbox"/> Kopia av registerutdrag ur E-hälsomyndighetens högkostnadsdatabas
<input type="checkbox"/> Röntgenbilder, kopia av utländsk patientjournal eller liknande	<input type="checkbox"/> Kopia av svensk patientjournal
<input type="checkbox"/> Annat _____	

#### 7. Underskrift

Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifterna i blanketten är riktiga och fullständiga. När uppgifterna förändras måste jag meddela Försäkringskassan.

Jag vet att det är straffbart att lämna felaktiga uppgifter, att utelämna något eller att inte meddela Försäkringskassan när uppgifterna jag lämnat förändras.

Datum	Namnteckning (vårdnadshavare om ansökan gäller barn under 18 år)	Telefon
-------	--	---------

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på [forsakringskassan.se](http://forsakringskassan.se).