

Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

Information

Har du fått nödvändig vård i ett annat EU/EES-land eller i Schweiz och betalat vårdkostnaderna själv kan du ha rätt till ersättning i efterhand, om du har betalat mer än de patientavgifter som gäller i vårdlandet.

Varför har jag fått betala vårdkostnaderna?

Det kan vara så att du inte har haft ditt EU-kort eller ett provisoriskt intyg vid vårdtillfället.

Du kan ha haft ett EU-kort som vårdgivaren inte accepterade.

1. Du som har fått nödvändig vård i ett annat EU/EES-land eller i Schweiz

Förnamn och efternamn		Personnummer (12 siffror)
Vårdnadshavarens förnamn och efternamn (om du som fått vården är under 18 år)		Personnummer (12 siffror)
Utdelningsadress	Postadress	
Vilket landsting tillhörde du när du fick vården?		
Hade du högkostnadskort eller giltigt 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 högkostnadsdatabas.		
Vill du att Försäkringskassan lämnar uppgifter om läkemedelskostnaderna så att de räknas med i ditt högkostnadsskydd vid eventuell ersättning?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Visade du ditt EU-kort eller ett provisoriskt intyg för vårdgivaren?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

2. Uppgifter om sjukdom eller diagnos och vård utomlands

För vilken sjukdom eller diagnos fick du vård utomlands?
Beskriv kortfattat den vård du fick
När fick du vården?
Vårdgivarens namn, adress och vårdland

3. Vilka kostnader söker du ersättning för?

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

Vilka bilagor skickar du med?

Du måste alltid skicka med dokumentation av sjukvården, till exempel en kopia av journalen från den utländske vårdgivaren. Bifoga gärna ett kontoutdrag om du betalat för vården i en annan valuta.

För att kunna utreda din ansökan behöver vi följande uppgifter

- Underlag för de kostnader du söker ersättning för
- Beskrivning av den behandling du har fått
- Kvitton och fakturor i original
- Eventuellt kopia av högkostnadskort eller frikort, eller utdrag av digitalt högkostnadskort eller frikort, registerutdrag från E-hälsomyndighetens högkostnadsdatabas.

Försäkringskassan samråder med ditt hemlandsting. Genom deras yttranden kan Försäkringskassan komma att få information från dina svenska vårdjournaler.

Du kan välja hur Försäkringskassan ska pröva din ansökan

Vi kan pröva din ansökan på två sätt - enligt reglerna i vårdlandet eller enligt reglerna i Sverige, med undantag för vård i Schweiz. Vilket som är fördelaktigast för dig beror på vilket land som har de lägsta avgifterna för vård, läkemedel, hjälpmedel eller övriga vårdprodukter som du fått. Observera att det ibland kan ta lång tid att få svar från vårdlandet. Det kan innebära att du behöver vänta länge på beslut i ditt ärende. Har du betalat patientavgift som gäller i vårdlandet kan du inte få någon ersättning.

4. Hur vill du att Försäkringskassan prövar din ansökan?

<input type="checkbox"/> Jag vill att Försäkringskassan utreder vilket alternativ som är förmånligast för mig.
<input type="checkbox"/> Jag vill att Försäkringskassan prövar min ansökan enligt vårdlandets regler om det är möjligt.
<input type="checkbox"/> Jag vill att Försäkringskassan prövar min ansökan enligt svenska regler om det är möjligt.

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. 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.