



Närmare information www.fpa.fi/lakemedel
Du kan följa beloppet av din årssjälvrisk för läkemedel
på www.fpa.fi/etjanst



Om du har frågor kan du ringa vår telefontjänst
www.fpa.fi/servicenummer



Fyll i ansökan noggrant och kontrollera att alla
nödvändiga bilagor finns med.
Om vi behöver ytterligare uppgifter kontakter vi dig.
Du kan skicka in ansökan och bilagorna per post
www.fpa.fi/postadresser

Ansökningstider

Läkemedelskostnader som man inte har fått ersättning för på apoteket: 6 månader från
inköpsdagen

Läkemedelskostnader som överstiger årssjälvrisk (det s.k. takbeloppet): fram till slutet
av juni året efter inköpsdagen

1. Uppgifter om den sökande

i Person som läkemedlen ordinerats till

Personbeteckning Efternamn och förnamn

Telefonnummer E-postadress

i FPA får adressuppgifterna från befolkningsdatasystemet.

Om du bor utomlands ska du uppge både din utländska och din finska adress i punkt 5. Ytterligare uppgifter.

2. Kontonummer

i Om ditt bankkonto är utländskt ska du också ange BIC-koden.

i Du kan ge en annan person eller ett företag fullmakt att för din räkning ta emot den ersättning som beviljas dig.
Ange den befullmäktigades uppgifter och kontonummer under punkt 7. Fullmakt.

3. Ansökan

- Om du har ansökt om utkomststöd från FPA och du har beviljats en betalningsförbindelse för läkemedelskostnader kan du inte ansöka om ersättning/tilläggsersättning för läkemedel som du tagit ut mot en betalningsförbindelse.

Ange varför du ansöker om ersättning.

- Bifoga nödvändiga utredningar. För närmare information se punkt 4. Bilagor.

Årssjälvrisken (det s.k. takbeloppet) har överskridits.

En ny rätt till läkemedelsersättning har beviljats.

Ersättning erhöles inte på apoteket.

Jag köpte mer av ett läkemedel trots att det inte ännu var slut. Varför?

Jag köpte mera läkemedel på grund av en utlandsresa.

Destinationsland _____

Datum för avresan från Finland _____._____._____.

Datum för återresan till Finland _____._____._____.

Syftet med resan är arbete i ett EU- eller EES-land eller i Schweiz

Nej

Ja

- Om du vistas eller arbetar utomlands ska du göra en separat anmälan om detta.
Närmare information på www.fpa.fi/flyttning-utomlands.

Jag bor utomlands och omfattas inte av den finländska sociala tryggheten och Finland svarar inte för mina sjukvårdskostnader.

Datum för ankomsten till Finland _____._____._____.

Datum för avresan från Finland _____._____._____.

Jag köpte läkemedlet

eftersom jag insjuknade akut i Finland

eftersom jag kom till Finland i syfte att få sjukvård

av annan orsak. Varför köpte du läkemedlet?

Någon annan orsak; vilken?

Jag har fått eller ansökt om ersättning för de läkemedelskostnader som jag uppgivit i ansökan

ur det grundläggande utkomststödet från FPA

från ett försäkringsbolag

från annat håll. Varifrån? _____

Jag har inte fått och inte heller ansökt om annan ersättning för de läkemedelskostnader som jag uppgivit i ansökan.



4. Bilagor

i Ta vid behov kopior av bilagorna, t.ex. för försäkringsbolaget, innan du lämnar in dem till FPA.

Årssjälvriskan (det s.k. takbeloppet) har överskridits.

Utredningar om läkemedelsinköpen, t.ex. kassakvitto från apoteket, eller ange datum för läkemedelsinköpen i punkt 5. Ytterligare uppgifter.

En ny rätt till läkemedelsersättning har beviljats.

Utredningar om läkemedelsinköpen, t.ex. kassakvitto från apoteket, eller ange datum för läkemedelsinköpen i punkt 5. Ytterligare uppgifter, om du har fått grundersättning för inköpen på apoteket.

Apotekets specifikation över läkemedelsinköpet om du inte har fått ersättning för inköpet på apoteket.

Ersättning erhöles inte direkt på apoteket.

Apotekets specifikation över läkemedelsinköpet

Om du bor utomlands och inte omfattas av den finländska sociala tryggheten och Finland inte svarar för dina sjukvårdskostnader, ska du förutom specifikationen också bifoga en kopia av

båda sidorna av det europeiska sjukvårdskortet, eller

en identitetshandling om du bor i ett nordiskt land, eller

passet om du bor i Förenade kungariket.

Ersättning för de läkemedelskostnader som har uppgivits i ansökan har sökts eller erhållits från annat håll än från FPA.

En kopia av t.ex. försäkringsbolagets beslut om ersättning

Annan bilaga

Vilken?

5. Ytterligare uppgifter

i Ange med nummer vilken punkt i ansökan du hänvisar till.



6. Underskrift

Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är riktiga.

Ort och datum

Underskrift av sökanden, dennes vårdnadshavare eller intressebevakare, en nära anhörig eller en annan person som primärt sköter sökandens angelägenheter samt namnförtydligande och telefonnummer

7. Fullmakt

Jag befullmäktigar härmed nedan nämnda person eller företag att lyfta min ersättning.

Den befullmäktigade personens namn och personbeteckning eller företagets namn och FO-nummer

Den befullmäktigade personens eller företagets adress

Postnummer Postanstalt

Den befullmäktigades kontonummer

Företagets företrädares namn och telefonnummer

Ort och datum

Underskrift av sökanden eller av dennes vårdnadshavare eller intressebevakare, samt namnförtydligande

De uppgifter som vi har fått för att kunna avgöra detta förmånsärende kan också användas för ett annat förmånsärende om uppgifterna enligt lag ska beaktas i samband med ärendet. Likaså kan uppgifter som vi har fått i samband med en annan förmån användas vid avgörandet av detta förmånsärende.

Hos FPA får du veta var vi kan hämta in uppgifter om dig och till vem vi kan lämna ut dem.

