



Närmare information [www.fpa.fi/lakemedel](http://www.fpa.fi/lakemedel)  
Du kan följa beloppet av din årssjälvrisk för läkemedel  
på [www.fpa.fi/etjanst](http://www.fpa.fi/etjanst)



Om du har frågor kan du ringa vår telefonservice  
[www.fpa.fi/servicenummer](http://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](http://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 uppgi både din utländska och din finska adress i punkt 6. Ytterligare uppgifter.

## 2. Kontonummer

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



### 3. Ansökan

---

Ange varför du ansöker om ersättning.

**Årssjälvrisk (det s.k. takbeloppet) har överskridits.** Bifoga en utredning om läkemedelsinköpen, se punkt 5. Bilagor.

**En ny rätt till läkemedelsersättning har beviljats.** Bifoga en utredning om läkemedelsinköpen, se punkt 5. Bilagor.

**Ersättning erhöles inte på apoteket.** Bifoga en utredning om läkemedelsinköpen, se punkt 5. Bilagor.

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.

**i** Om du vistas eller arbetar utomlands ska du göra en separat anmälan om detta.  
Närmare information på [www.fpa.fi/flyttning-utomlands](http://www.fpa.fi/flyttning-utomlands).

Jag bor utomlands och omfattas inte av den finländska sociala tryggheten och Finland svarar inte för mina sjukvårdskostnader. Bifoga nödvändiga utredningar, se punkt 5. Bilagor.

Datum för ankomsten till Finland \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.

Datum för avresan från Finland \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.

Jag köpte läkemedlet eftersom

jag insjuknade akut i Finland.

jag kom till Finland i syfte att få sjukvård.

annan orsak; vilken?

Någon annan orsak; vilken?

### 4. Ersättning från annat håll än FPA

---

Har du fått eller sökt ersättning för läkemedelskostnaderna från annat håll?

Nej.

Ja. Varifrån (t.ex. försäkringsbolaget)? Bifoga en utredning, se punkt 5. Bilagor.



## 5. Bilagor

---

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

### Punkt 3. Ansökan

#### Årssjälvrisk (det s.k. takbeloppet) har överskridits.

Utredningar om läkemedelsinköpen, t.ex. kassakvitto från apoteket, eller ange datum för läkemedelsinköpen i punkt 6. Ytterligare uppgifter.

#### En ny rätt till läkemedelsersättning har beviljats.

Utredningar om läkemedelsinköpen, t.ex. kassakvitto från apoteket, eller ange datum för läkemedelsinköpen i punkt 6. 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.

Bifoga utöver specifikation 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.

### Punkt 4. Ersättning från annat håll än FPA

En kopia av t.ex. försäkringsbolagets beslut om ersättning

### Annan bilaga

Vilken?

## 6. Ytterligare uppgifter

---

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



## 7. Underskrift

### Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är riktiga.

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

## 8. Fullmakt

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

① Ange den befullmäktigade personens kontonummer under punkt 2.

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

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.

