Fpa

Ansökan Sjukvårdskostnader som uppkommit i Finland

SV 127r

Du kan lämna in din ansökan och bilagorna också i e-tjänsten MittFPA: www.fpa.fi.

Skicka ansökan och bilagorna till adressen Folkpensionsanstalten, PB 10, 00056 FPA.

Om du har flyttat till Finland och inte tidigare har ansökt om förmåner hos FPA, ska du dessutom fylla i blankett Y 77r. Om du är på väg utomlands, ska du också fylla i blankett Y 38r.

Om du får offentlig institutionsvård eller motsvarande vård kan du inte få ersättning för sjukvårdskostnader som uppkommit under den här tiden.

Ansök om ersättning för resekostnaderna i e-tjänsten MittFPA (www.fpa.fi) eller med blankett SV 4r (Ansökan – Reseersättning).

Ansök om ersättning för sjukvårdskostnader som uppkommit utomlands med blankett SV 128r (Ansökan – Sjukvårdskostnader som uppkommit utomlands).

Ansök om ersättning för läkemedelskostnader som uppkommit i Finland med blankett SV 178r (Ansökan – Läkemedelskostnader som uppkommit i Finland).

Ansökningstid: Ansök om ersättning inom 6 månader från det att sjukvårdskostnaderna betalades.

1. Uppgifter om den sökande

Person för vars kostnader ersättning söks.

Personbeteckning

Efternamn och förnamn

Telefonnummer

E-postadress

FPA får adressuppgifterna från befolkningsdatasystemet.

2. Kontonummer

Om ditt bankkonto är utländskt ska du också ange BIC-koden. Om du befullmäktigar en annan person eller din arbetsgivare att få ersättningen för dina sjukvårdskostnader ska du ange den befullmäktigade personens eller arbetsgivarens kontonummer under punkt 6.

3. Hur kostnaderna uppkom

Du kan ansöka om ersättning för sjukvårdskostnaderna om du uppsöker privata hälso- och sjukvårdstjänster på grund av sjukdom, graviditet, förlossning eller tandvård.

Ersättning betalas för undersökningar och behandlingsåtgärder endast om de hänför sig till assisterad befruktning eller mentalvård eller munhälsovård. Du kan få ersättning om undersökningen eller behandlingen har ordinerats av en specialist i gynekologi och obstetrik, en specialist i psykiatri, en tandläkare, en specialisttandläkare eller en specialist i mun- och käkkirurgi. Undersökningar utförda av en psykolog ersätts om de har ordinerats av en läkare.

Vad har föranlett kostnaderna?

- ☐ Sjukdom, graviditet, förlossning eller tandvård
- ☐ En trafikskada
- ☐ En yrkessjukdom eller ett arbetsolycksfall

Om kostnaderna har föranletts av en trafikskada, en yrkessjukdom eller ett arbetsolycksfall ska du ange namnet på det försäkringsbolag som sköter ärendet. Fyll också i blankett SV 143r (Utredning om olycksfall).

Försäkringsbolagets namn

4. Bilagor

ⓘ Besök hos en munhygienist kan utan ordination av en tandläkare ersättas högst 2 gånger per kalenderår.

Fysioterapi som getts av en fysioterapeut kan utan ordination av en läkare ersättas högst 4 gånger per kalenderår. FPA ersätter inte kostnader för fler än 4 fysioterapibesök även om man har en läkarordination.

Bifoga till ansökan de utredningar och undersöknings- och behandlingsordinationer som du fått från vårdstället.

- ☐ Utredning om läkarvård och uppburna arvoden
- ☐ Utredning om assisterad befruktning utförd av specialist i gynekologi och obstetrik samt om uttagna arvoden
- ☐ Utredning om tandläkarvård/specialtandläkarvård och uppburna arvoden
- ☐ Ordinationer av en specialist i gynekologi och obstetrik (SV 3Hr), en specialist i psykiatri, en tandläkare, en specialisttandläkare eller en specialist i mun- och käkkirurgi (SV 3r eller SV 3SHMr) om undersökning eller behandling och utredningar om behandling som getts utifrån ordinationerna
- ☐ Utredning om munhygienistbehandling och uttagna arvoden, ej ordination av tandläkare
- ☐ Utredning om fysioterapi och uttagna arvoden

ⓘ Om du behöver kopior av bilagorna ska du själv ta kopiorna innan du lämnar in ansökan till FPA eller arbetsplatskassan.

5. Underskrift

ⓘ Ansökan kan undertecknas av den sökande, den sökandes vårdnadshavare, intressebevakare eller närstående eller en annan person som primärt sköter den sökandes angelägenheter.

Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är riktiga.

Ort och datum | Underskrift, namnförtydligande och undertecknarens telefonnummer

6. Fullmakt

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

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

Den befullmäktigade personens eller arbetsgivarens adress

Postnummer | Postanstalt

Den befullmäktigade personens eller arbetsgivarens kontonummer

Arbetsgivarens ombuds namn och telefonnummer

Ort och datum | Fullmaktsgivarens underskrift och namnförtydligande