

Arvodena antecknas per åtgärd.

För ansökan om ersättning ska originalexemplaret av tandläkarens undersöknings- och behandlingsordination fogas till utredningen. Ersättning kan sökas för alla ordinerade besök på en och samma gång eller separat för ett eller flera besök. Ersättningen ska sökas inom sex månader efter det att behandlingen betalades. **Vårdgivaren ska ansöka om direktersättning inom sex månader efter det att behandlingen gavs.**

Om ersättning söks för en del av de besök som ordinerats ska undersöknings- och behandlingsordinationen i original fogas till den första utredning som lämnas in till FPA. För de följande besöken redogörs på en ny blankett.

Personbeteckning

Patientens namn

Frontveteran/
minröjare

Tandläkarens
identifikationskod

Tandläkare

Ordinationsdatum

Ordinerade behandlings-
omgångar, antal

ÅTGÄRDER	Besöksdag	Kod	Åtgärd	Tand	Kostnad	Ersättning 1)
1) Ifylls när ersättning söks mot redovisning i samband med direktersättningsförfarande.						

AVVIKANDE
BESÖKSTID

Vardag kl. 21–7

Lördag eller dag före helg
efter kl. 18

Söndag eller annan helgdag

YTTERLIGARE
UPPGIFTER

Kostnader
inalles

Ersättningar
inalles

MUNHYGIENIST
OCH SERVICE-
PRODUCENT

Munhygienistens namn och registreringsnummer, serviceproducentens namn eller stämpel, telefonnummer

UNDERSKRIFT

Ort och datum. Munhygienistens underskrift eller serviceproducentens företrädares underskrift samt namnförtydligande

Ansökan om ersättning

för sjukvårdskostnader som omfattas av sjukförsäkringslagen och som uppkommit i Finland

Bilagor _____ st.

Sökandens personbeteckning

ANSÖKNINGSTID 6 månader från det att kostnaden betalades.

1 SÖKANDEN (patienten)	Efternamn och alla förnamn <hr/> Näradress Stadigvarande boendekommun <hr/> Postnummer Postanstalt <hr/> Telefonnummer E-postadress <hr/>
2 BETALNINGS- ADRESS	IBAN-kontonummer <hr/> BIC-kod <hr/>
3 ERSÄTTNING FRÅN ANNAT HÅLL ÄN FPA	Har kostnaderna uppkommit till följd av <input type="checkbox"/> trafikskada <input type="checkbox"/> olycksfall i arbetet <hr/> Försäkringsbolagets namn _____ <hr/>
4 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 namnet förtydligt <hr/>
5 FULLMAKT	Jag befullmäktigar härmed nedan nämnda person/arbetsgivare att lyfta min ersättning enligt sjukförsäkringslagen. <hr/> Den befullmäktigades namn Personbeteckning <hr/> Den befullmäktigade arbetsgivarens namn Arbetsgivarens ombuds namn och telefonnummer <hr/> Näradress <hr/> Postnummer Postanstalt <hr/> Ort och datum Underskrift av sökanden eller av dennes vårdnadshavare eller intressebevakare samt namnet förtydligt <hr/>

Ni kan lämna in Er ansökan om ersättning till FPA efter att kostnaderna har betalats.

Bifoga läkarens eller tandläkarens utredning över behandlingen och de arvoden som uppburits. Bifoga också undersöknings- och behandlingsordinationerna och utredningarna över de behandlingar och undersökningar som utförts på basis av dem.

Bifoga apotekets utredning om Era läkemedelskostnader ifall Ni inte har fått ersättning på apoteket.

För kostnader som uppstått utomlands ansöker man om ersättning med blanketten SV 128r Ansökan om ersättning av sjukvårdskostnader som uppstått utomlands.

För ansökan om resekostnadsersättning används särskilda reseersättningsblanketter.

Om Ni behöver kopior av de utredningar som Ni lämnar in, t.ex. för försäkringsbolag, ska Ni skaffa kopiorna innan Ni lämnar in utredningarna till FPA eller arbetsplatskassan.

Kostnader för privat hälso- och sjukvård och läkemedelskostnader som uppkommit under den tid en person vårdats på ett offentligt sjukhus, ålderdomshem eller en annan motsvarande inrättning ersätts inte.