

Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

Information när du ska fylla i blanketten

Har du fått akut nödvändig tandvård i ett annat EU/EES-land eller i Schweiz och betalat tandvårdskostnaderna själv kan du ha rätt till ersättning i efterhand. Om tandvården var planerad använd blankett 5428.

Varför har jag fått betala hela tandvårdskostnaden?

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 akut nödvändig tandvård 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? | | |
| Har du haft kostnad för receptbelagda läkemedel i samband med din tandvårdsbehandling? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | | Kom ihåg att bifoga en kopia. |
| Om du får ersättning för receptbelagda läkemedel avseende tandvård, vill du att Försäkringskassan lämnar uppgifter om dessa så att de kan räknas in i ditt högkostnadsskydd. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | | |
| Är du registrerad i apotekens högkostnadsdatabas? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | | Kom ihåg att bifoga ett registerutdrag ur högkostnadsdatabas. |
| Vill du att Försäkringskassan räknar med ditt allmänna tandvårdsbidrag vid en eventuell ersättning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | | Inom det statliga tandvårdsstödet finns ett allmänt tandvårdsbidrag. Läs mer på forsakringskassan.se |

2. Uppgifter om vårdgivaren utomlands

| | |
|-------------------|------|
| Vårdgivarens namn | |
| Adress i utlandet | Land |

3. Uppgifter om sjukdom eller diagnos och vård utomlands

| |
|--|
| Orsak till den akuta tandvårdsbehandlingen? |
| När fick du vården? |
| Beskriv kortfattat den tandvård du fick |
| Visade du ditt EU-kort eller ett provisoriskt intyg för vårdgivaren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet inte |

4. Vad kostade tandvården?

| | |
|--|--|
| Specificera dina tandvårdskostnader. Kom ihåg att bifoga kvitton som styrker alla kostnader. | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Du kan välja hur Försäkringskassan ska pröva din ansökan

Vi kan pröva din ansökan på två sätt - enligt reglerna för vårdlandet eller reglerna i Sverige. Vilket som är fördelaktigast för dig beror på vilket land som har de lägsta avgifterna för tandvård och läkemedel 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.

5. 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. |

6. Kontouppgifter

Fyll i det konto som du vill ha alla dina utbetalningar från Försäkringskassan till. Du kan bara anmäla ett konto som tillhör dig själv. Om du vill att dina utbetalningar ska gå till en annan persons konto ska du istället fylla i blanketten *Fullmakt - Utbetalning till en annan person (5606)*.

Registrerat konto: _____ Om kontot är fel, stryk över och skriv det rätta under.

| | | |
|---|----------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> Bankkonto | clearingnummer | kontonummer |
| <input type="checkbox"/> Personkonto i Nordea där kontonumret är detsamma som ditt personnummer | | |

7. Vilka bilagor skickar du med?

Du måste alltid skicka med dokumentation av tandvården

Försäkringskassan behöver följande uppgifter

- Vilka tänder som har behandlats
- Tillstånd (diagnos) för behandlingen
- Detaljerad beskrivning av de åtgärder som har utförts
- Pris för varje åtgärd som har utförts
- Vilket eller vilka datum som behandlingen har utförts
- Kvitton i original
- Röntgenbilder, foton, studiemodeller vid kronterapi, implantat eller andra mer omfattande behandlingar. Underlagen måste vara daterade och i original eller i digitalt format. Det ska även framgå namn eller personnummer.
- Kopia av registerutdrag ur apotekens högkostnadsdatabas (vid kostnader för receptbelagda läkemedel i samband med tandvårdsbehandling).

- Kvitton i original eller kopia av faktura (obligatoriskt)
- Dokumentation av tandvårdsbehandlingen (kopia av journal)
- Röntgenbilder/Foton/Modeller
- Annat _____

8. Underskrift

| | | |
|--|--|------------------------------------|
| Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifterna i blanketten är riktiga och fullständiga. När uppgifterna förändras måste jag meddela Försäkringskassan. | | Telefon dagtid, även riktnummer |
| Jag vet att det är straffbart att lämna felaktiga uppgifter, att utelämna något eller att inte meddela Försäkringskassan när uppgifterna jag lämnat förändras. | | Telefon kvällstid, även riktnummer |
| Datum | Namnteckning (vårdnadshavare om ansökan gäller barn under 18 år) | |

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.