Tyhjennä lomake

Kela

Hakemus Suomessa syntyneet lääkekustannukset

SV 178

Lisätietoja www.kela.fi/laakkeet

Voit seurata lääkekustannusten omavastuuosuuden kertymistä www.kela.fi/asiointi

Voit kysyä lisää palvelunumerosta 020 692 204, ma–pe klo 8–18, paikallisverkkomaksu/matkapuhelinmaksu.

Jos asut ulkomailla, voit kysyä lisää palvelunumerosta +358 20 634 0400, ma–pe klo 9–16 (Suomen aikaa). Ulkomailta soitettaessa kyseisen maan puhelumaksu ulkomaille sekä paikallisverkkomaksu/matkapuhelinmaksu.

Täytä hakemus huolellisesti ja varmista, että kaikki tarvittavat liitteet ovat mukana. Näin nopeutat asiasi käsittelyä.

Jos tarvitsemme lisätietoja, otamme sinuun yhteyttä.

Voit toimittaa hakemuksen ja sen liitteet mihin tahansa Kelan toimistoon tai palvelupisteeseen.

Hakuajat

Lääkekustannukset, joista ei ole saatu korvausta apteekissa: 6 kuukautta lääkkeiden ostopäivästä.

Vuotuisen omavastuuosuuden (ns. lääkekatto) ylittäneet lääkekustannukset: Lääkkeiden ostopäivästä seuraavan vuoden kesäkuun loppuun asti.

1. Hakijan tiedot

ⓘ Henkilö, jolle lääkkeet on määrätty.

Henkilötunnus

Etunimi ja sukunimi

Puhelinnumero

Sähköpostiosoite

ⓘ Osoitetiedot Kela saa väestötietojärjestelmästä.

Jos asut ulkomailla, ilmoita sekä ulkomaan että Suomen osoitetiedot kohdassa 6. Lisätietoja.

2. Tilinumero

ⓘ Jos pankkitilisi on ulkomailla, ilmoita myös BIC-tunnus.

3. Hakemus

Kerro, miksi haet korvausta.

☐ **Vuotuinen omavastuuosuus (ns. lääkekatto) on ylittynyt.** Liitä selvitys lääkeostosta, katso kohta 5. Liitteet.

☐ **Uusi lääkekorvausoikeus on myönnetty.** Liitä selvitys lääkeostosta, katso kohta 5. Liitteet.

☐ Lääkkeet on ostettu ennen korvausoikeuden alkua. Miksi?

☐ **Korvausta ei saatu apteekissa.** Liitä selvitys lääkeostosta, katso kohta 5. Liitteet.

☐ Ostin lisää lääkettä, vaikka sitä olisi ollut vielä jäljellä. Miksi?

☐ Ostin lisää lääkettä ulkomaan matkan takia.

Suomesta lähtöpäivä _____._____._____. Suomeen paluupäivä _____._____._____.

Matkan tarkoituksena on työskentely EU- tai Eta-maassa tai Sveitsissä.

☐ Ei.
☐ Kyllä.

ⓘ Ilmoita ulkomailla oleskelusta tai työskentelystä erillisellä ilmoituksella.
Katso lisätiedot www.kela.fi/muutto-ulkomaille.

☐ Asun ulkomailla enkä kuulu Suomen sosiaaliturvaan eikä Suomi vastaa sairaanhoitoni kustannuksista. Liitä tarvittavat selvitykset, katso kohta 5. Liitteet.

Suomeen tulopäivä _____._____._____. Suomesta lähtöpäivä _____._____._____.

Ostin lääkettä, koska

☐ sairastuin äkillisesti Suomessa.
☐ hakeuduin Suomeen tarkoituksenani saada sairaanhoitoa.
☐ muu syy. Mikä?

☐ Jokin muu syy. Mikä?

4. Korvaaja muu kuin Kela

Oletko saanut tai hakenut korvausta lääkekustannuksiin muualta?

☐ En.

☐ Kyllä. Mistä, esim. vakuutusyhtiöstä? Liitä selvitys, katso kohta 5. Liitteet.

5. Liitteet

ⓘ Ota tarvittaessa kopiot liitteistä esim. vakuutusyhtiötä varten, ennen kuin toimitat ne Kelaan.

Kohta 3. Hakemus

Vuotuinen omavastuuosuus (ns. lääkekatto) on ylittynyt.

☐ Selvitykset lääkeostoista, esim. apteekin antama kassakuitti, tai kirjaa lääkeostojen päivämäärät kohtaan 6. Lisätietoja.

Uusi lääkekorvausoikeus on myönnetty.

☐ Selvitykset lääkeostoista, esim. apteekin antama kassakuitti, tai kirjaa lääkeostojen päivämäärät kohtaan 6. Lisätietoja, jos ostosta on saatu peruskorvaus apteekissa.

☐ Apteekin antama laskelma lääkeostosta, jos ostosta ei ole saatu korvausta apteekissa.

Korvausta ei saatu suoraan apteekissa.

☐ Apteekin antama laskelma lääkeostosta

Jos asut ulkomailla etkä kuulu Suomen sosiaaliturvaan eikä Suomi vastaa sairaanhoitosi kustannuksista. Liitä laskelman lisäksi kopio

- ☐ eurooppalaisen sairaanhoitokortin molemmista puolista tai
- ☐ henkilötodistuksesta, jos asut Pohjoismaassa tai
- ☐ passista, jos asut Yhdistyneessä kuningaskunnassa

Kohta 4. Korvaaja muu kuin Kela

☐ Kopio esim. vakuutusyhtiön korvauspäätöksestä

Muu liite

☐ Mikä?

6. Lisätietoja

ⓘ Merkitse numerolla, mihin hakemuksen kohtaan viittaat.

7. Allekirjoitus

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi.

Päiväys

Hakijan, hänen huoltajansa, edunvalvojansa, lähiomaisen tai muun pääasiallisesti hakijasta huolehtivan henkilön allekirjoitus, nimen selvennys ja puhelinnumero

8. Valtakirja

Valtuutan alla mainitun henkilön tai yrityksen saamaan minulle myönnettävän korvauksen.

ⓘ Ilmoita valtuutetun tilinumero kohdassa 2.

Valtuutetun henkilön nimi ja henkilötunnus tai yrityksen nimi ja Y-tunnus

Päiväys

Hakijan, hänen huoltajansa tai edunvalvojansa allekirjoitus ja nimen selvennys

Tulosta | Lomakkeen alkuun

Voimme käyttää tämän etuusasian ratkaisemiseksi saatuja tietoja myös muussa etuusasiassa, jos tiedot on lain mukaan otettava siinä huomioon. Samoin voimme käyttää muuta etuutta varten saatuja tietoja ratkaistessamme tätä etuutta.

Saat Kelasta tietoa siitä, mistä voimme hankkia sinua koskevia tietoja ja mihin voimme niitä luovuttaa.