

Ersättning från Försäkringskassan för din rehabilitering på Hedla

Har du rätt till allmän hälso- och sjukvård i Sverige? Då kan du också ansöka om att få ersättning från Försäkringskassan för ditt rehabiliteringsprogram på Hedla.

Det går bra att ansöka både innan och efter deltagande i ett av våra program, men för att veta redan i förväg om du har rätt till ersättning rekommenderar vi att ansöka om ett så kallat **förhandsbesked**. Kontakta oss gärna så hjälper vi dig med din ansökan. Denna tjänst kostar dig ingenting och är inte på något sätt bindande.

Så här gör du:

- 1. Kontakta din läkare.** Be läkaren skriva ett utlåtande enligt Hedlas blankett som är specifikt framtagen för ändamålet. Du hittar blanketten på nästa sida. Om du inte kan få ett läkarutlåtande går det bra att i stället begära ut journaler där din diagnos och ditt aktuella medicinska tillstånd beskrivs.
- 2. Begär ut journaler** från tidigare vårdgivare som visar vilken rehabilitering och annan behandling du har fått eller erbjudits i Sverige för dina besvär, helst under det senaste året. Du kan i många fall göra detta på 1177.se eller genom att ringa till respektive vårdgivare.
- 3. Fyll i Försäkringskassans fullmakt** så hjälper vi dig med resten av processen med din ansökan. Fullmakten gäller enbart i detta specifika ärende, kan när som helst dras tillbaka av dig och tvingar dig inte till någonting senare.
- 4. Kontakta oss på Hedla** för att skicka in eller ladda upp dina dokument. Vi kan då komma att ställa några kompletterande frågor och även stämma av dina preliminära mål och andra önskemål inför en eventuell rehabperiod hos oss. Därefter skapar vi en behandlingsplan som bifogas i din ansökan.

Har du några frågor eller funderingar?

Vi försöker gärna svara på dem!

Välkommen att ringa oss på **08 41 00 18 18** eller maila info@hedlarehab.com.

Läkarutlåtande

Bilaga till Ansökan – Planerad vård i ett annat EU/ESS-land eller Schweiz angående intensiv neurologisk rehabilitering på Hedla Intensive Rehab i Spanien.

Namn		Personnummer	
Adress		Postnummer	Ort
Telefonnummer	E-post		
Diagnos(er)			
Sjukhistoria (debut, förlopp)			
Aktuella symtom och besvär			
Mål för rehabilitering			
<i>Indikationen för intensiv neurologisk rehabilitering är:</i> <input type="checkbox"/> tungt vägande <input type="checkbox"/> rimlig <input type="checkbox"/> tveksam			
<i>Patienten bedöms kunna tillgodogöra sig det planerade rehabiliteringsprogrammet:</i> <input type="checkbox"/> mycket väl <input type="checkbox"/> ganska väl <input type="checkbox"/> med svårigheter			
Plats för övriga kommentarer			
Datum	Namnteckning		Namnförtydligande
Vårdenhet			Ort

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

Använd den här blanketten om du vill att en annan person ska vara ditt ombud i kontakten med Försäkringskassan. Då kommer vi att kontakta ombudet när vi behöver information om dig och skicka beslut och andra brev till ombudet i stället för till dig. Vi kommer dock att kontakta dig om du behöver lämna uppgifter på heder och samvete, eftersom ditt ombud inte kan göra det.

Du kan återkalla fullmakten när du vill. Meddela oss om du inte längre vill att den här personen ska vara ditt ombud i kontakten med Försäkringskassan.

1. Du som ger fullmakt

Förnamn och efternamn		Personnummer (12 siffror)
Utdelningsadress	Postnummer och ort	

Kom ihåg att anmäla till Försäkringskassan om ditt ombud får ny adress.

2. Personen som du ger fullmakt till (ditt ombud)

Förnamn och efternamn Cecilia Eddin och Anna Sjöholm vid Hedla Intensive Rehab	
Utdelningsadress Hedla Intensive Rehab AB, Fågelviksvägen 9	Postnummer och ort 145 53 Norsborg
Telefon 08 41 00 18 18	

3. Vad ska fullmakten gälla för?

<input type="checkbox"/> Alla mina ärenden hos Försäkringskassan
<input checked="" type="checkbox"/> Följande ärenden: Alla ärenden gällande ansökan om förhandsbesked och ersättning för planerad vård i annat EU/EES-land
<input type="checkbox"/> Annat: _____

4. Hur länge ska fullmakten gälla?

<input checked="" type="checkbox"/> Utan tidsgräns till jag återkallar den	<input type="checkbox"/> Till och med (datum) _____
--	---

5. Underskrift av dig som ger fullmakt

Jag ger fullmaktstagaren (ombudet) rätt att för min räkning företräda mig i kontakter med Försäkringskassan enligt vad jag fyllt i under punkt 3 och punkt 4.		
Datum	Namn-teckning	Telefon

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