

Ersättning för sjukresor

Önskar du ersättning för sjukresa ska du använda blanketten nedan. Du har rätt att ansöka ersättning för resa med privat bil eller för utlägg vid resor med kollektivtrafik

Privat bil

Du kan ansöka om ersättning för resor med privat bil:

- Om du under en period om fyra veckor haft åtta behandlingstillfällen vid samma vårdenhet.
- I samband med specialistvård till annan region.
- Vid resa till akutmottagning.

Privat bil ersätts med 2,50 kr/km. Båt ersätts med 5 kr/km. Egenavgiften är 155 kr per enkelresa.

Högstkostnadskyddet för sjukresor är 3 100 kr. Parkeringsavgift, trängselavgift, vårdavgift, förlorad arbetsinkomst eller matkostnader ersätts inte.

Kollektivtrafik

Resor med Kalmar länstrafiks bussar och tåg är kostnadsfritt till och från vårdbesöket. Om du lagt ut pengar för biljetter så kan du ansöka om ersättning med blanketten.

Utbetalning sker en gång i månaden. Ansökan kan göras för resor innevarande år och två år tillbaka. Om du är folkbokförd i annat län ska du vända dig till din region.

Så här fyller du i blanketten

Blanketten är uppdelad i fält för vårdpersonal och patienten.

Patienten kryssar i färdstätt. Har resan gjorts med privat bil eller båt anges även körsträcker i kilometer. Då resa gjorts med buss eller tåg ska biljetter alltid bifogas. Har du bokat din resa genom Kalmar länstrafik ska du inte skicka in blanketten.

Inlagd på sjukhus

Om du blivit inlagd har ledsagaren rätt till ersättning för hemresa. Motsvarande gäller då patienten hämtas på vårdinrättning för hemresa. Resvägen fylls då i enligt exempel, framresa 2 x 60 km, återresa 2 x 60 km.

Ofullständigt ifyllda blanketter skickas tillbaka för komplettering, varefter ersättning utgår.

Mer information finns på kalmarlanstrafik.se/sjukresor. Du kan även ringa oss på vardagar mellan kl. 09:00-12:00 på telefonnummer 010-35 75 050.

Skicka blanketten till:

Sjukreseenheten
Box 54
579 22
Högsby



Blankett - Ansökan om resebidrag vid sjukresa

FYLLS I AV
VÅRDGIVAREN:

Personnummer:
Namn:
Adress:
Telefonnummer:

Är patienten i behov av ledsagare? Nej Ja, vid framresa Ja, vid återresa

Ej ifyllda datumfält spärras!

Datum	Sign	Datum	Sign	Datum	Sign	Datum	Sign
Datum	Sign	Datum	Sign	Datum	Sign	Datum	Sign

Vårdgivaren intygar besök Datum..... Namn (text).....

FYLLS I AV PATIENT:

Hur har du rest? Privat bil, ange sträcka: Anresa..... km. Återresa..... km.

Buss Tåg Annat, ange vad..... **Biljetter måste bifogas.**

Började resan vid annan adress än ovan, ange adress:

Slutade resan vid annan adress än ovan, ange adress:

Namnteckning:..... Tel.nr:..... Målsmans personnummer:.....

Ovanstående intygas (målsman om patient är under 18 år)