



Skjemaet sender du til:

Helfo

Postboks 2415

3104 Tønsberg

Søknad om refusjon til infertilitetsbehandling i et annet EØS-land

Du/dere som søker, fyller ut dette skjemaet. Du/dere kan velge å bruke digitalt skjema, da går det raskere. Fristen for å sende inn søknad om refusjon for utgifter til infertilitetsbehandling er 6 måneder etter at hvert behandlingsforsøk er avsluttet.

Ved hvert forsøk (også fryseforsøk) må du/dere sende oss nytt skjema sammen med opplysninger om dette forsøket. Dersom du/dere søker om refusjon for legemidler, er fristen 6 måneder fra hvert enkelt legemiddelkjøp. Se også vedleggsliste.

Mer informasjon om vilkår for denne ordningen er tilgjengelig på helsenorge.no. Helfo oppfordrer søkere til å sette seg grundig inn i denne informasjonen.

VENNLIGST BRUK KUN BINDERS PÅ KVITTERINGER.

1. Opplysninger om søker og eventuell partner

Navn på søker	Navn på partner
Fødselsnummer (11 siffer)	Fødselsnummer (11 siffer)
Postadresse	Postadresse
Postnummer/-sted	Postnummer/-sted
Telefon til søker	Telefon til partner
Kontonummer	
E-postadresse	
Landet du mottok infertilitetsbehandling i	

2. Tilknytning til behandlingslandet

Oppgi antall uker du har oppholdt deg og planlegger å oppholde deg i behandlingslandet:

I år:

I fjor:

Ja Nei

Er du arbeidstaker, selvstendig næringsdrivende eller au pair?

Hvis ja, i hvilket land?

Mottar du sykepenger, dagpenger, foreldrepenger eller arbeidsavklaringspenger fra Norge?

Mottar du pensjon eller uføretrygd fra Norge?

Hvis ja, mottar du en av følgende pensjoner:

Offentlig AFP

Privat AFP uten uttak av alderspensjon fra folketrygden

Studerer du i et annet EØS-land?

Hvis ja, hvilket?

Har du ektefelle eller samboer bosatt i behandlingslandet?

Har du barn under 18 år bosatt i behandlingslandet?

Har du bolig i behandlingslandet?

3. Forhåndstilsagn

A. Har du søkt om og mottatt forhåndstilsagn fra Helfo?	Ja	Nei
---	----	-----

B. Hvis JA, har du fått behandling som ikke omfattes av tilsagnet?	Ja	Nei
--	----	-----

4. Henvisning

Har du fått henvisning til infertilitetsbehandling av norsk helsepersonell?	Ja	Nei
---	----	-----

Hvem har henvist deg?

5. Hvilke utgifter søker du/dere om å få dekket

Dato	Nærmere beskrivelse av behandlingen	Betalt beløp i lokal valuta
Sum		

6. Vedleggsliste til søknaden *

Huk av:	Dokumentasjon ved infertilitetsbehandling	Vedleggnr:
	Henvisning fra norsk helsepersonell	
	Ved behandling utenfor sykehus: navn på helsepersonell som behandlet deg	
	Eventuelle journaler fra tidligere infertilitetsbehandling i Norge	
	Journal/epikrise fra utlandet	
	Original spesifisert faktura	
	Original kvittering eller annen dokumentasjon på betaling, for eksempel bankutskrift	
	Skjema: "Egenerklæring fra søker og partner-05-24.14"	
	Skjema fra behandler: "Erklæring fra behandlende lege vedrørende infertilitetsbehandling i utlandet-05-24a.06"	
	Dokumentasjon ved kjøp av legemidler	
	Resept	
	Pakning eller kopi av pakning som viser virkestoff	
	Originale kvitteringer som er spesifisert med legemidlets navn, antall pakninger og pris	
	Dersom du skal søke om refusjon til legemidler som ikke er markedsført i Norge, skjemaet: "Erklæring fra spesialist om behov for legemidler som ikke er markedsført i Norge -infertilitetsbehandling-05-24a.08"	

* All dokumentasjon må være på norsk, dansk, svensk eller engelsk. Les mer om dette under "Orientering" på siste side.

7. Eventuelle reiseutgifter

Ønsker du å søke Pasientreiser om dekning av reiseutgifter? Ja Nei

8. Samtykke* og underskrift av søker og eventuell partner

Jeg samtykker til at søknaden, sammen med den dokumentasjonen jeg har sendt inn, kan bli oversendt til spesialisthelsetjenesten dersom Helfo trenger bistand til å avgjøre om jeg har krav på å motta refusjon og hvor mye refusjonen utgjør.		
Jeg samtykker også til at Helfo, spesialisthelsetjenesten og enheter ved de regionale helseforetakene kan utveksle relevante helseopplysninger om meg, eller om status i andre søknader, dersom dette er nødvendig for å behandle min søknad. Ved å undertegne, samtykker jeg i innhenting og bruk av mine helseopplysninger jf. helseregisterloven og personopplysningsloven.		
Vi bekrefter at opplysningene i skjemaet er korrekte:		
Sted og dato	Underskrift søker	
Sted og dato	Underskrift partner	

*Hvis du ikke samtykker til å utveksle informasjon mellom Helfo og spesialisthelsetjenesten, kan konsekvensen være at Helfo ikke kan behandle søknaden din fordi den ikke er tilstrekkelig opplyst.

Orientering om kravet til oversettelse

For at Helfo skal kunne ta stilling til kravet, må dokumentasjonen være forståelig for oss. Det betyr at den i utgangspunktet må være på norsk, dansk, svensk eller engelsk. Du bør derfor forsøke å få utstedt dokumentasjonen på et av disse språkene. Hvis dokumentene foreligger på et annet språk, kan Helfo ved behov be deg om å få disse oversatt. Du må betale for oversettelsen selv. Hvis du legger ved en oversettelse, må du også legge ved originalen.