

Ersättningsanspråk i samband med donation, HEM 13364

En donator ska inte behöva stå för kostnader som kan uppstå vid utredning och donation.

Följande ersätts:

- resor till och från sjukhus
- eventuellt utlägg för mottagningsbesök, parkeringsavgifter
- inkomstbortfall (denna ersättning är skattepliktig)
- mellanskillnad ev. sjuklön/sjukpenning upp till full lön
- annan utgift som är kopplad till donationen

Gör så här:

1. TILL FÖRSÄKRINGSKASSAN

För att du ska få sjuklön behöver du skicka in:

- 7465 "Ansökan om särskilt högriskskydd". Om du har bank-id kan du fylla i och skicka ansökan direkt på www.fk.se. Det går också att fylla i blanketten elektroniskt och skriva ut och skicka postledes till Försäkringskassan. Saknar du möjlighet att skriva ut kan transplantationskoordinatoren hjälpa dig med det.
- Läkarnotit om särskilt högriskskydd 7262 – skrivs i Cosmic av läkare på BMT-mott (du ska få med det under utredningen eller senast på donationsdagen)

2. TILL ARBETSGIVAREN

- Din arbetsgivare ska fylla i 7467 "Ansökan om försäkringsersättning för sjuklönekostnader/särskilt högriskskydd – för arbetsgivare" för att få tillbaka den sjuklön som utbetalats till dig.

3. TILL BMT-MOTTAGNINGEN för attestering och vidarebefordring till remitterande klinik

När du har fått utbetalt av Försäkringskassan kan du med hjälp av Ersättningsanspråk blankett XD13 (se sidan 4) få utbetalt mellanskillnaden av ev. sjuklön som du fått från Försäkringskassan upp till full lön. Tillsammans med Ersättningsanspråk blankett XD13 ska du skicka med:

- **Bevis/intyg/utbetalningslapp från Försäkringskassan** som visar hur mycket sjuklön du har fått utbetalt
- **Bevis/intyg** som styrker inkomstbortfallet
- **Kvitton** på mottagningsbesök, **räkning** från sjukhuset om du varit inlagd i samband med donationen
- **Kvitto på resekostnader, parkeringsavgifter** och ev andra utlägg du haft på grund av besöken här på BMT-mott samt under donationen.
- **Attester** från BMT-mottagningen (se sid 3)

Vänd.

Skicka ifylld blankett och alla kvitton osv till transplantationskoordinatörn:

Transplantationskoordinator
Hematologmottagning
Akademiska sjukhuset
751 35 Uppsala

Ring gärna om du har några frågor:

Transplantationskoordinator
Hematologmottagning (BMT-mott)

018-611 22 63

Attestering från BMT-mottagningen, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Härmed intygas följande:

Donatorns namn	Donatorns personnummer
Datum för mottagningsbesök för information och utredning	Datum för donation
Datum för sjukskrivning efter donation	
Ansvarsområde som kostnaden ska belastas	

.....

Ort, datum

.....

Profession

.....

Underskrift

.....

Namnförtydligande

Ersättningsanspråk (blankett XD13)

Ekonomisk ersättning för kostnader i samband med utredning och blodstamcellsdonation som inte ersatts av Försäkringskassan. Här nedan avses "patient" mottagare av donationen och "donator" den som donerat.

Ersättningsanspråk till (patientens region):		
Patientens namn		Patientens personnummer
Donatorns namn	Donatorns personnummer	Släktskap till patienten
Donatorns gatuadress	Donatorns postadress	Donatorns telefon dagtid
Datum för mottagningsbesök för information och utredning		Datum för donation
Datum för sjukskrivning efter donation		
<i>Datum för mottagningsbesök, donation och sjukskrivning behöver inte fyllas i om attestering från BMT-mott skickas in tillsammans med denna blankett (XD13)</i>		
A. Utgifter under utredning och donation		
Antal mottagningsbesök: à kr =		
Resekostnader till/från sjukhuset, antal kvitton: =		
(milersättning med egen bil är för närvarande 18,50 kr/mil)		
Övriga kostnader, (specificera)		
antal kvitton: =		
Räkna ihop dina utgifter och skriv här 		Delsumma A: kr
B. Inkomstbortfall		
Uppge den inkomst du skulle ha haft under sjukskrivningen, t ex daglön/timlön		
..... dagar/timmar à kr =		
Utbetald sjuklön från arbetsgivare -		
Utbetald sjukpenning från Försäkringskassan -		
Räkna ut mellanskillnaden av den inkomst du skulle ha haft och vad du redan har fått utbetalt: Delsumma B: kr		
Jag begär ersättning för		
A. Utgifter		 (fyll i delsumma A)
B. Inkomstbortfall		 (fyll i delsumma B)
TOTALT:		 (delsumma A+B)
För utbetalning av ersättning:		
Bank:		Kontonummer:
Underskrift	Namnförtydligande	

Lämna blankett, kvitton och intyg till transplantationskoordinator som efter attestering skickar vidare till ekonomiavdelning för den klinik som remitterat patienten.