**Søknad om refusjon av utgifter til utprøvende behandling**

Pasienter som selv har betalt for utprøvende behandling startet i spesialisthelsetjenesten kan ha krav på tilbakebetaling fra helseforetaket. Dette vil i praksis gjelde pasienter som fikk avslag fra Helfo etter at bidragsordningen innenfor blåreseptregelverket opphørte den 1. januar 2018

Legg ved dokumentasjon på utlegg. (Apotekene kan skrive nye kvitteringer for resepter du har hentet ut i den aktuelle perioden).

***Beløpet skal utbetales til*:**

**Bankkontonr : \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_**

**Navn : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Postnr : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sted: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Beløpet gjelder:***

|  |  |
| --- | --- |
| **Spesifikasjon:** | **Beløp:**   |
| **Dato og signatur:**  |  **Totalt:** |

|  |
| --- |
| **Fylles ut av sykehuset:** |
| **Tekst** | **Konto**  | **RESH**  | **WBS**  | **MK**  | **Beløp**  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Dato/Attestert:** |  | **Dato/Anvist:** |  |  |  |

**Søknaden skal leveres/sendes til avdelingen hvor behandlingen ble startet.**