

Informationen zum Antrag auf Erstattung von Fahrkosten

Sie möchten einen Antrag für die Erstattung von Fahrkosten stellen? Bevor Sie loslegen: Lesen Sie bitte vorher diese Hinweise, denn als gesetzliche Krankenkasse sind wir an die Vorgaben des Gesetzgebers gebunden. Ob und in welchem Umfang sich die Mobil Krankenkasse an den Kosten beteiligt, können wir erst nach Erhalt Ihrer kompletten Unterlagen feststellen.

1. Ambulante Behandlung

Wir dürfen **Fahrkosten zur ambulanten Behandlung** nach den gesetzlichen Vorschriften nur in besonderen Ausnahmefällen nach unserer **vorherigen Genehmigung** bezuschussen. Damit wir die Kostenübernahme prüfen können, reichen Sie uns bitte den von Ihrem behandelnden Arzt ausgestellten **Vordruck „Verordnung einer Krankenförderung“** ein.

2. Verkehrsmittel

Wenn Sie mit einem privaten Pkw fahren, obwohl ein öffentliches Verkehrsmittel hätte benutzt werden können, erstatten wir Ihnen nach den Krankentransportrichtlinien die Kosten, die bei Nutzung des öffentlichen Verkehrsmittels entstanden wären. Ist die Nutzung eines privaten Pkws medizinisch begründet, behalten wir uns vor, die Kilometeranzahl zu überprüfen.

3. Zuzahlung

Ihr gesetzlich festgelegter Eigenanteil beträgt 10 % der Kosten pro Fahrt, mindestens 5,00 Euro und maximal 10,00 Euro. Er beträgt nicht mehr als die Kosten der Fahrt.

Gut zu wissen: Im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse sind in der Regel nur Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem Aufenthaltsort des Patienten und der nächst erreichbaren, geeigneten Behandlungsmöglichkeit ordnungs- oder erstattungsfähig.

Haben Sie Fragen?

Wir beraten Sie gern persönlich.

Besuchen Sie einen unserer Service-Points. Öffnungszeiten und die Möglichkeit zur Terminvereinbarung finden Sie auf mobil-krankenkasse.de/kontakt

Oder rufen Sie uns an.
Ihre kostenlose Service-Hotline:

0800 255 0800

mobil-krankenkasse.de

Antrag auf Erstattung von Fahrkosten

Gleich
ausfüllen
und
absenden

Damit wir die Übernahme Ihrer Fahrkosten prüfen können: Senden Sie uns diesen Antrag ausgefüllt und unterschrieben mit den ggf. zusätzlich geforderten Nachweisen zu.

1. Meine persönlichen Angaben

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

Straße/Hausnummer:

Geburtsdatum:

PLZ:

Ort:

Ich beantrage die Erstattung von Fahrkosten für

mich.

meinen Ehepartner (Name, Vorname):

mein Kind (Name, Vorname):

Liegt ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „H“ oder „Bl“ vor?

Nein Ja (Bitte reichen Sie uns eine Kopie ein.)

2. Fahrt/-en oder Transport/-e

Datum der Hinfahrt **Datum der Rückfahrt** **Fahrtziel** (Name und Anschrift vom Arzt, Krankenhaus etc.)

Datum der Hinfahrt	Datum der Rückfahrt	Fahrtziel (Name und Anschrift vom Arzt, Krankenhaus etc.)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Die Strecke wurde zurückgelegt mit:

öffentl. Verkehrsmittel Taxi/Mietwagen Krankenwagen

eigenem Pkw, einfache Entfernung Kilometer

Sonstiges:

3. Angaben zur Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel

ab Haltestelle/Bahnhof

(Name, Ort)

ggf. Umstieg

(Name, Ort)

an Haltestelle/Bahnhof

(Name, Ort)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Name und Anschrift der Verkehrsgesellschaft

Preis je Einzelfahrkarte(n)

Mehrfahrtenticket

Monatskarte

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Ich besitze ein/e

Bahncard (25, 50, 100)

Monatskarte.

Deutschland Ticket.

Wertmarke zur unentgeltlichen Beförderung im öffentlichen Verkehrsmittel nach dem Schwerbehindertengesetz.

Antrag auf Erstattung von Fahrkosten

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

4. Sonstige Angaben

Wird die Erstattung der Fahrkosten in Verbindung mit einem Unfall oder daraus resultierenden Unfallfolgen beantragt? ja nein

Der Unfallfragebogen ist beigefügt. liegt Ihnen bereits vor. wird nachgereicht.

5. Meine Bankverbindung

Name des Geldinstituts:

BIC (Business Identifier Code, 11-stellig):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IBAN (International Bank Account Number, 22-stellig):

D	E																			
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name, Vorname und Unterschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller):

Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller):

Ggf. Anlagen beifügen: Verordnung/-en von Krankenfahrten, Fahrt-/Transportbescheinigungen, Fahrkarten; Quittungen

Datenschutzhinweis: Die Mobil Krankenkasse (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: info@service.mobil-krankenkasse.de) als Datenverarbeiter benötigt die geforderten Angaben für die Prüfung und Gewährung von Fahrkosten im Rahmen von § 60 Sozialgesetzbuch (SGB) V. Ihre Angaben werden ggf. an den Medizinischen Dienst weitergeleitet.

Weitere Informationen erhalten Sie unter mobil-krankenkasse.de/datenschutz

Telefon:

E-Mail:

Ort, Datum:

Unterschrift (ggf. des Bevollmächtigten):

Senden Sie bitte diese Seiten ausgefüllt zurück



Per Post:
Mobil Krankenkasse
20091 Hamburg

Per E-Mail:
Unterlagen scannen und senden an
info@service.mobil-krankenkasse.de

Per App MOBIL ME:
Unterlagen fotografieren
und hochladen