

## ANTRAG AUF FAHRKOSTENERSTATTUNG – SERIENBEHANDLUNG

### GUTEN TAG,

beiliegend erhalten Sie Ihren Antrag für die Erstattung von Fahrkosten.

Um eine Kostenübernahme prüfen zu können, benötigen wir den Verordnungsvordruck „Verordnung einer Krankbeförderung“ (Muster 4). Diesen erhalten Sie von Ihrer behandelnden Klinik/Arztpraxis. Bitte senden Sie uns den Vordruck zusammen mit dem ausgefüllten und unterschriebenen Antrag zu.

Fahren Sie mit einem Taxi oder einem privaten Pkw, obwohl ein öffentliches Verkehrsmittel hätte benutzt werden können, erhalten Sie die Kosten, die bei Benutzung des öffentlichen Verkehrsmittels entstanden wären. Ist die Nutzung eines privaten Pkws medizinisch begründet, behalten wir uns vor, die Kilometeranzahl zu überprüfen.

Nach den gesetzlichen Bestimmungen ist grundsätzlich ein Eigenanteil zu entrichten. Dieser beträgt 10 % der Kosten je Fahrt (mindestens 5,00 Euro, maximal 10,00 Euro), allerdings nicht mehr als die Kosten der Fahrt. Bei Fahrten zur Strahlen- oder Chemotherapie beschränken sich diese Eigenanteile auf die jeweils erste und letzte Fahrt eines Behandlungszyklus.

### Hinweis:

Bei dem beiliegenden Formular handelt es sich um einen Antrag. Ob und in welchem Umfang sich die Mobil Krankenkasse an den Kosten beteiligt, können wir erst nach Erhalt Ihrer kompletten Unterlagen feststellen.

### 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](http://mobil-krankenkasse.de/kontakt)

Oder rufen Sie uns an.

Ihre kostenlose Service-Hotline:

**0800 255 0800**

[mobil-krankenkasse.de](http://mobil-krankenkasse.de)

Bitte zurück an: Mobil Krankenkasse, 20091 Hamburg

**ANTRAG AUF ERSTATTUNG VON FAHRKOSTEN VON**

\_\_\_\_\_  
Vorname Name (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.)

\_\_\_\_\_  
Adresse und Krankenversicherungsnummer

**ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME VON FAHRKOSTEN FÜR SERIENBEHANDLUNGEN**

- Strahlentherapie       Chemotherapie       Dialysebehandlung  
 Tagesklinik:       montags bis freitags       außer an Wochenenden und Feiertagen  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Aus medizinischer Sicht sind die Fahrten zur oben genannten Behandlung mit folgendem Verkehrsmittel medizinisch erforderlich: **Bitte unbedingt die ärztliche Verordnung beifügen (Muster 4):**

- öffentl. Verkehrsmittel       eigenem PKW, einfache Entfernung \_\_\_\_ km  
 Taxi/Mietwagen       Krankenwagen  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Begründung: \_\_\_\_\_

sonstige Hinweise: \_\_\_\_\_

Bei Genehmigung meines Antrags überweisen Sie den Erstattungsbetrag bitte auf folgendes Konto:

\_\_\_\_\_  
Name und Ort des Geldinstituts

DE \_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
IBAN (International Bank Account Number) – 22-stellig

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
BIC (Business Identifier Code) – 11-stellig

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)

**DATENSCHUTZHINWEIS**

Die Mobil Krankenkasse (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: [info@service.mobil-krankenkasse.de](mailto: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](http://mobil-krankenkasse.de/datenschutz)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Versicherten

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer/E-Mail-Adresse