

# Abrechnungsformular „Pap-Test ab 35 Jahren“ für Versicherte der Mobil Krankenkasse

**Information zur Abrechnung:** Die Kosten der Behandlung sind von der Versicherten zunächst zu verauslagen und anschließend zur Erstattung bei der Mobil Krankenkasse einzureichen.

**Der Erstattungsbetrag beträgt max. 25,00 Euro.** Eventuell anfallende Mehrkosten trägt die Versicherte selbst.

## 1. Versichertendaten

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

## 2. Bestätigung des behandelnden Kassenarztes

Die Mobil Betriebskrankenkasse beteiligt sich bei Frauen ab 35 Jahren mit einem Zuschuss an den Kosten für einen jährlichen zytologischen Abstrich und der zytologischen Untersuchung mittels Pap-Tests in den Kalenderjahren, in denen kein gesetzlicher Anspruch darauf besteht. Voraussetzung ist, dass eine Erkrankung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren (z.B. Rauchen, häufig wechselnde Sexualpartner, mehrere Geburten) auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen.

**Der Pap-Test ab 35 Jahren wurde als Vorsorgeuntersuchung im Rahmen der Satzungsleistung der Mobil Krankenkasse unter den oben genannten Voraussetzungen erbracht:**

Höhe des Rechnungsbetrags:

 Euro

Unterschrift und Stempel des Kassenarztes:

Behandlungsdatum:

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

## 3. Angaben der Versicherten

Bitte überweisen Sie mir den Erstattungsbetrag auf folgendes Konto:

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

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

Vorname und Name 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 Leistungen im Rahmen von § 23 Abs.1 Sozialgesetzbuch (SGB) V i. V. m. der Satzung der Mobil Krankenkasse. Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter [mobil-krankenkasse.de/datenschutz](http://mobil-krankenkasse.de/datenschutz)

Telefon (freiwillige Angabe):

E-Mail (freiwillige Angabe):

Ort, Datum:

Unterschrift der Versicherten:

**Senden Sie bitte diese Seite ausgefüllt zurück**

FBLEI



**Per Post:**  
Mobil Krankenkasse  
20091 Hamburg

**Per E-Mail:**  
Unterlagen scannen und senden an  
[info@service.mobil-krankenkasse.de](mailto:info@service.mobil-krankenkasse.de)

**Per App MOBIL ME:**  
Unterlagen fotografieren  
und hochladen