

INFORMATIONEN ZUM ANTRAG AUF ERSTATTUNG VON BEHANDLUNGSKOSTEN IM AUSLAND

VORAUSSETZUNGEN

Aufgrund einer Reise oder aus anderem Grund waren Sie vorübergehend

- in einem Land der Europäischen Union,
- im Vereinigten Königreich,
- in der Schweiz
- in Island, Liechtenstein, Norwegen oder
- in Bosnien-Herzegowina, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Tunesien oder der Türkei.

Während Ihrem Aufenthalt dort, mussten Sie wegen einer akuten Erkrankung einen Arzt aufsuchen und

- Ihre Europäische Gesundheitskarte (EHIC) oder Ihr Auslandskrankenschein wurde nicht akzeptiert und
- Sie mussten die Behandlungskosten daher selber tragen.

BEHANDLUNGSKOSTEN BIS 100,00 EURO

Beträgt die Summe aller Ihrer Behandlungskosten nicht mehr als 100,00 Euro, können Sie Ihre Rechnungen und Quittungen ganz unkompliziert bei uns einreichen.

- Es ist nicht erforderlich, dass Sie hierfür weitere Angaben auf dem anliegenden Formular machen.
- Ein formloser Antrag oder alternativ die letzte Seite unseres Antrags genügt.
- Bitte geben Sie hierin Ihren Namen und Ihre Versichertennummer an.
- **Ganz wichtig:** Denken Sie bitte daran, uns Ihre Bankverbindung mitzuteilen.

WAHL DER ERSTATTUNGSSÄTZE

Bei Behandlungen im europäischen Ausland können Sie sich für eine Erstattung in Höhe der ausländischen Vertragssätze oder für eine Erstattung der deutschen Vertragssätze entscheiden.

Entscheiden Sie sich für die Erstattung nach deutschen Vertragssätzen, werden wir Ihre im Ausland in Anspruch genommenen Leistungen entsprechend umrechnen. Ihr Vorteil: Wir erstatten Ihnen zeitnah die erstattungsfähigen Kosten.

Für die Abkommensstaaten (Bosnien-Herzegowina, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Tunesien oder der Türkei) gilt eine Besonderheit. Liegt die Summe aller Behandlungskosten über 1.000,00 Euro, ist der Erstattungsbetrag nach den ausländischen Vertragssätzen zu ermitteln. Die Wahlmöglichkeit der Erstattungssätze entfällt somit ab diesem Betrag.

Beachten Sie bitte:

- nicht immer kommt es zu einer vollen Kostenerstattung
- Zuzahlungen und Kosten für den Rücktransport können wir ebenfalls nicht übernehmen

Bitte reichen Sie bei uns ein:

- Ihre Rechnungen und/oder Quittungen der Behandlungskosten
- Ihren Antrag

Nutzen Sie dafür am besten unser Kontaktformular unter mobil-krankenkasse.de oder senden Sie uns eine E-Mail. Selbstverständlich können Sie auch den Postweg wählen.

Informationen zum Antrag auf Erstattung von Behandlungskosten im Ausland

UNSER SERVICE FÜR SIE

- Wir prüfen schnellstmöglich für Sie, ob und in welcher Höhe wir uns an den Kosten beteiligen können und
- überweisen Ihnen unseren Erstattungsbetrag.
- Sie erhalten Kopien der Belege mit einem Erstattungsvermerk (z. B. für Ihre private Auslandskrankenversicherung), sofern Sie diese benötigen.

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 DER IM AUSLAND ENTSTANDENEN BEHANDLUNGSKOSTEN

Vorname des/der Erkrankten	Nachname des/der Erkrankten	Versichertennummer
----------------------------	-----------------------------	--------------------

Reiseland (unbedingt angeben)	Dauer des Aufenthalts
	vom _____ bis _____

WAHLERKLÄRUNG

Ich wähle die Kostenerstattung nach deutschen Vertragssätzen.
 ausländischen Vertragssätzen.

Die Kosten wurden entrichtet für:

Krankenhausbehandlung stationär vom _____ bis _____ Betrag _____

Name des Krankenhauses: _____

Krankenhausbehandlung ambulant vom _____ bis _____ Betrag _____

Name des Krankenhauses: _____

ärztliche Behandlung vom _____ bis _____ Betrag _____

Name des Arztes: _____ Fachrichtung: _____

zahnärztliche Behandlung vom _____ bis _____ Betrag _____

Name des Arztes: _____

Arznei-/Heilmittel Betrag _____

Rettungs- und Krankentransportkosten, keine Taxikosten Betrag _____

Zweck der Fahrt: Krankenhaus stationär Krankenhaus ambulant

Krankheitsbezeichnung (bitte unbedingt angeben)

Es sind folgende Einzelleistungen (Beratung, Untersuchung, Verband usw.) während der Behandlung erbracht worden (genaue Angaben erleichtern die Berechnung des Zuschusses):

Wurde die Europäische Krankenversichertenkarte (Rückseite der elektronischen Gesundheitskarte) oder ein sonstiger Anspruchsausweis vom ausländischen Leistungserbringer akzeptiert?

Ja Nein

Eine private Auslands-Krankenversicherung wurde abgeschlossen.

Ja Nein

ANTRAG AUF ERSTATTUNG DER IM AUSLAND ENTSTANDENEN BEHANDLUNGSKOSTEN

Vorname des/der Erkrankten	Nachname des/der Erkrankten	Versichertennummer
----------------------------	-----------------------------	--------------------

Zahnärztliche Behandlung <small>(Bitte stets den behandelten Zahn angeben.)</small>	Anzahl
Beratung ggf. einschließlich Untersuchung	
Beratung ggf. einschließlich Untersuchung außerhalb der Sprechstunde	
Vitalitätstest (Schmerz bei Kältereiz?)	
Kleine Röntgenaufnahme	
Große Röntgenaufnahme	
Überempfindliche Zahnhäse behandelt	
Mundschleimhaut medikamentös versorgt	
Betäubung	
Wurzelkanalbehandlung (Entfernung Zahnerv)	
Wurzelkanalbehandlung mit Wurzelfüllung	
Kleine Füllung	
Große Füllung	
Zahnentfernung	
Zahnentfernung mit anschließender Naht	
Eröffnung eines Abszesses	
Wundkontrolle bei weiterem Besuch	
Prothetische Leistungen	Anzahl
Vorhandene Krone/Brücke wieder fest eingesetzt	
Vorhandenen Zahnersatz repariert (Schleifen, Unterfütterung, Bruchreparatur mit oder ohne Abdruck)	
Vorhandene Zahnprothese erweitert (nach Zahnentfernung)	
Zahn (provisorisch) überkront	
Zahn (provisorisch) mit Stiftaufbau überkront	
Provisorische Zahnprothese (Kunststoff)	

ANTRAG AUF ERSTATTUNG DER IM AUSLAND ENTSTANDENEN BEHANDLUNGSKOSTEN

Vorname des/der Erkrankten	Nachname des/der Erkrankten	Krankenversicherungsnummer
----------------------------	-----------------------------	----------------------------

Ich bitte um Überweisung an folgende Bankverbindung:

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) als Datenverarbeiter benötigt die geforderten Angaben für die Prüfung und Gewährung der Kostenerstattung im Rahmen von §§ 13 Abs. 4-6 und 18 Sozialgesetzbuch (SGB) V. Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter mobil-krankenkasse.de/datenschutz

Datum	Unterschrift der/des Versicherten	Telefonnummer/E-Mail-Adresse
-------	-----------------------------------	------------------------------