

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

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

**0800 255 0800**  
[mobil-krankenkasse.de](http://mobil-krankenkasse.de)

## ANTRAG AUF ERSTATTUNG DER IM AUSLAND ENTSTANDENEN BEHANDLUNGSKOSTEN

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

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

### WAHLERKLÄRUNG

Ich wähle die Kostenerstattung nach  deutschen Vertragsätzen.  
 ausländischen Vertragsätzen.

### 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 der/des Erkrankten	Nachname der/des Erkrankten	Krankenversicherternummer	
<b>Ärztliche Behandlung</b>	<b>Datum:</b> _____	<b>Datum:</b> _____	<b>Datum:</b> _____
	<b>Uhrzeit:</b> _____ Uhr	<b>Uhrzeit:</b> _____ Uhr	<b>Uhrzeit:</b> _____ Uhr
Beratung ggf. einschließlich Untersuchung			
Hausbesuch			
Dringender und sofort notwendiger Hausbesuch			
Entfernung von der Praxis	_____ km	_____ km	_____ km
Eingehende vollständige körperliche Untersuchung			
Eingehende körperliche Untersuchung eines Organsystems			
Infusion (Tropf)			
Injektion			
Verband			
Gipsverband			
Vollnarkose			
Örtliche Betäubung			
Versorgung einer kleinen Wunde ohne Naht			
Versorgung einer kleinen Wunde mit Naht			
Versorgung einer großen Wunde ohne Naht			
Versorgung einer großen Wunde mit Naht			
Röntgenaufnahmen (bitte Körperregion angeben, z. B. Arm, Hand usw.)	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Sonstiges: (bitte benennen, z. B. Blutabnahme)	_____ _____	_____ _____	_____ _____
Kontrolluntersuchung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<b>Rettungs- und Transportkosten</b>			
von Ort	_____	_____	_____
nach Ort	_____	_____	_____
Gesamtkilometer	_____ km	_____ km	_____ km

### **ANTRAG AUF ERSTATTUNG DER IM AUSLAND ENTSTANDENEN BEHANDLUNGSKOSTEN**

Vorname der/des Erkrankten	Nachname der/des Erkrankten	Krankenversicherturnummer
----------------------------	-----------------------------	---------------------------

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](mailto: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](http://mobil-krankenkasse.de/datenschutz)

Datum

Unterschrift der/des Versicherten

Telefonnummer/E-Mail-Adresse