

Abrechnungsf formular „Gesundheits-Check-Up ab 18 Jahren“ für Versicherte der Mobil Krankenkasse

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

Der Erstattungsbetrag beträgt max. 40,00 Euro. Eventuell anfallende Mehrkosten trägt der Versicherte selbst.

1. Versichertendaten

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

2. Bestätigung des behandelnden Kassenarztes

Die Mobil Krankenkasse beteiligt sich bei Versicherten ab dem 18. Lebensjahr mit einem Zuschuss an den Kosten für einen jährlichen Gesundheits-Check-Up. Voraussetzung ist, dass die Leistung im Kalenderjahr nicht bereits als Regelleistung in Anspruch genommen wurde und bereits bestehende Risikofaktoren (z. B. Übergewicht, Hypertonie oder Hypercholesterinämie) auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen.

Ein Gesundheitscheck ab 18 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 des 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) 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

Telefon (freiwillige Angabe):

E-Mail (freiwillige Angabe):

Ort, Datum:

Unterschrift des 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

Per App MOBIL ME:
Unterlagen fotografieren
und hochladen