



Informationsblatt zum Antrag auf eine teilweise Erstattung von Zuzahlungen für das Jahr 2024

Als starker Partner erstatten wir Ihnen die während eines Kalenderjahres angefallenen gesetzlichen Zuzahlungen, soweit diese Ihre individuelle Belastungsgrenze übersteigen. Wie berechnet sich die individuelle Belastungsgrenze? Und für welche Zuzahlungen gilt die Befreiung?

Wir beantworten Ihnen hier die wichtigsten Fragen.

1. Wie hoch ist die individuelle Belastungsgrenze?

Grundsätzlich gilt: Die Belastungsgrenze beträgt **2 % Ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen** zum Lebensunterhalt.

Für chronisch Kranke gilt: Wenn Sie sich wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung befinden, beträgt die Belastungsgrenze **1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen** zum Lebensunterhalt. Für die Beurteilung, ob bei Ihnen eine schwerwiegende chronische Erkrankung vorliegt, benötigen wir die „Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V“ (Muster 55). **Den Vordruck erhalten Sie bei Ihrem behandelnden Arzt.**

Zu Ihrer Information: Ihre jährlichen Bruttoeinnahmen verringern sich für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen und für jedes Kind um einen Freibetrag.

Bei der Berechnung werden die Bruttoeinnahmen der im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen angerechnet. Hierzu zählen:

- Ehepartner bzw. eingetragene Lebenspartner (LPartG)
- Kinder bis zum Kalenderjahr, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden (unabhängig davon, ob sie familien-, pflicht-, freiwillig oder nicht gesetzlich versichert sind)
- Kinder ab dem Kalenderjahr, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, sofern sie familienversichert sind

Bei Bürgergeld-Beziehern gilt der Regelsatz des Haushaltsvorstands als Berechnungsgrundlage für die Belastungsgrenze. Der Regelsatz ist im Übrigen generell als Mindesteinnahme für die Berechnung der Belastungsgrenze anzusetzen und gilt für folgende Personengruppen:

- Versicherte, die Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter/bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII, ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach einem Gesetz, das dieses für anwendbar erklärt, erhalten.
- Versicherte, bei denen die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.
- Personenkreis des § 264 SGB V, unabhängig von im gleichen Zeitraum evtl. erzielten weiteren Einnahmen der gesamten Bedarfsgemeinschaft.
- Versicherte, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II erhalten.

2. Für welche Zuzahlungen gilt die Befreiung und für welche nicht?

Die Befreiung gilt für Zuzahlungen zu:

- vollstationären Krankenhausbehandlungen
- Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen (Kuren), deren Kosten ganz oder teilweise von uns getragen werden
- Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln
- Fahrkosten (gesetzlich vorgesehener Betrag bzw. wenn vorab genehmigt)

Die Befreiung von Zuzahlungen gilt nicht in folgenden Fällen:

- Arzneimittel/Hilfsmittel, die höhere als die vom Festbetrag abgedeckten Kosten verursachen.
- Wenn aufwändigere Leistungen als eigentlich notwendig in Anspruch genommen werden.
- Wenn Aufwendungen für Mittel entstehen, deren Verordnung zu Lasten der Krankenversicherung ausgeschlossen ist.
- Bei Eigenanteilen für Hilfsmittel, die auch Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens beinhalten (z. B. orthopädische Schuhe), erhoben werden.
- Bei Leistungen, die ohne ärztliche Verordnung bezogen werden.

- Bei Abschlägen im Rahmen der Kostenerstattung (Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen).

Bitte beachten Sie: Zuzahlungen zu Zahnersatz und Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung dürfen nicht auf die Belastungsgrenze angerechnet werden.

Ganz wichtig: Bei dem beiliegenden Formular handelt es sich um einen Antrag. Ob und wie viel geleistete Zuzahlungen die Mobil Krankenkasse Ihnen erstattet, 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

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

0800 255 0800

mobil-krankenkasse.de

Antrag auf teilweise Erstattung von Zuzahlungen für das Jahr 2024

Damit wir prüfen können, ob und wie viel geleistete Zuzahlungen die Mobil Krankenkasse Ihnen erstattet: Senden Sie uns diesen Antrag ausgefüllt und unterschrieben mit den zusätzlich geforderten Nachweisen zu.

Gleich ausfüllen und absenden

1. Meine persönlichen Angaben

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

Straße/Hausnummer:

Geburtsdatum:

PLZ:

Ort:

Ich beantrage die teilweise Erstattung von Zuzahlungen. Die bereits geleisteten Zuzahlungen sowie meine jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und gegebenenfalls die, der mit mir im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen¹, betragen laut der Erklärung der nächsten Seite:

Name des Antragstellers:

Geburtsdatum:

Name der Krankenkasse:

Jährliche Bruttoeinnahmen in Euro:

Name des Ehepartners:

Geburtsdatum:

Name der Krankenkasse:

Jährliche Bruttoeinnahmen in Euro:

Name des ersten Kinds:

Geburtsdatum:

Name der Krankenkasse:

Jährliche Bruttoeinnahmen in Euro:

Name des zweiten Kinds:

Geburtsdatum:

Name der Krankenkasse:

Jährliche Bruttoeinnahmen in Euro:

Name des dritten Kinds:

Geburtsdatum:

Name der Krankenkasse:

Jährliche Bruttoeinnahmen in Euro:

¹ Hierzu zählen Ehe- bzw. gleichgeschlechtliche Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes, generell Kinder bis zum Kalenderjahr, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden (unabhängig davon, ob sie familien-, pflicht- oder freiwillig oder nicht gesetzlich versichert sind), Kinder ab dem Kalenderjahr, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, sofern sie familienversichert sind.

Antrag auf teilweise Erstattung von Zuzahlungen für das Jahr 2024

Erklärung zu den Einnahmen

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören alle Bruttoeinnahmen, mit denen der Lebensunterhalt sichergestellt werden kann. Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und senden Sie **Belege** mit.

Einkunftsart (Beträge in Euro angeben)		Versicherter/ Antragsteller	Ehe-/ Lebenspartner	Kinder
Arbeitseinkommen				
Selbstständige Tätigkeit ² :	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Land- und Forstwirtschaft:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Arbeitsentgelt				
Lohn/Gehalt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Geringfügige Beschäftigung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Einmalzahlung (Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Abfindungen des Arbeitgebers:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Renten, Pensionen u.a.				
Gesetzliche Renten, Pensionen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Betriebsrenten, Versorgungsbezüge:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Erträge				
Pacht-und/oder Mieteinnahmen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Zinsen aus Kapitalvermögen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Entgeltersatzleistungen				
Kranken-, Übergangs-, Verletztengeld:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Mutterschaftsgeld:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Sonstiges				
Bürgergeld:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Sachbezüge: (z. B. freie Kosten und Wohnung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Unterhalt, Unterhaltsleistungen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Sonstige Einkünfte:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Jährliche Gesamtbeträge: (bitte auf Blatt 1 übertragen)				

² Als Einnahmen zum Lebensunterhalt ist der nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommenssteuerrechts ermittelte Gewinn (§ 4 EStG = Steuerbescheid) anzusetzen. Als Gewinn bezeichnet das EStG bei Bilanzpflichtigen den Unterschiedsbetrag zwischen dem Betriebsvermögen am Schluss des Wirtschaftsjahres und dem Betriebsvermögen am Schluss des vorangegangenen Wirtschaftsjahres, vermehrt um den Wert der Einnahmen und vermindert um den Wert der Einlagen (§ 4 Abs. 1 EStG). Steuerpflichtige, die nicht bilanzpflichtig sind, können als Gewinn den Überschuss der Betriebseinnahmen über die Betriebsausgaben ansetzen (§ 4 Abs. 3 EStG). Grundsätzlich reicht die Vorlage des Steuerbescheids oder des Bescheids des Steuerberaters, aus dem der Gewinn ersichtlich ist.

Antrag auf teilweise Erstattung von Zuzahlungen für das Jahr 2024

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

Ich befinde mich/bzw. mein Angehöriger befindet sich seit

in Dauerbehandlung bei Herrn/Frau Doktor:

Ich bin ledig verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft verwitwet

getrennt lebend seit

geschieden seit

Ich beziehe Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz.

Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz.

Leistungen nach dem Soldatenversorgungsgesetz.

keine der zuvor genannten Leistungen.

2. Meine Bankverbindung

Name des Geldinstituts:

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

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

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):

Ich versichere die Richtigkeit dieser Angaben. Eine Änderung der Einkommensverhältnisse werde ich der Mobil Krankenkasse unverzüglich mitteilen.

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 Befreiung im Rahmen von § 62 Sozialgesetzbuch (SGB) V. Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter mobil-krankenkasse.de/datenschutz

Telefon:

E-Mail:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Senden Sie bitte alle Seiten ausgefüllt zurück



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