



Fragen & Antworten zum Thema Reiseschutzimpfungen

Als starker Partner steht Ihre Gesundheit für uns an erster Stelle: Damit Sie für Ihre Auslandsreise optimal geschützt sind, erhalten Sie von uns die wichtigsten Informationen zum Thema Kostenerstattung für Impfungen bei privaten Auslandsreisen.

1. Welche Impfungen übernimmt die Mobil Krankenkasse?

Wir übernehmen die Kosten für Immunisierungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) des Robert-Koch-Instituts empfohlen werden.

Dazu gehören Immunisierungen gegen:

- Typhus
- Gelbfieber
- Cholera
- Hepatitis A und B
- Tollwut
- Meningokokken-Meningitis
- FSME/Zecken-Hirnhautentzündung
- Diphtherie
- Poliomyelitis
- Tetanus
- Japanische Enzephalitis
- Dengue-Fieber
- Malaria (medikamentöse Prophylaxe)

2. In welcher Höhe werden die Kosten von uns übernommen?

Wir übernehmen die Kosten des **Impfstoffs/Medikaments** und der **ärztlichen Behandlung**. Dazu gehören z. B. die ärztliche Beratung und die körperliche Untersuchung.

Ihre gesetzliche Zuzahlung beträgt 10 % der Kosten des Impfstoffs/Medikaments (mindestens 5,00 Euro, höchstens 10,00 Euro).

Passive Impfungen (Schnellimpfungen) können wir als Reiseimpfung nicht übernehmen.



3. Wie erhalten ich meine Erstattung?

Reichen Sie uns bitte den beiliegenden Antrag ausgefüllt und zusammen mit der Verordnung des Impfstoffs/Medikaments und den Quittungen ein.

Gern per Post, als Upload mit unserer App **MOBIL ME** oder als Anhang einer E-Mail an info@service.mobil-krankenkasse.de

Sobald uns die Unterlagen vorliegen erhalten Sie den Erstattungsbetrag auf das von Ihnen angegebene Konto.

4. Welche Impfung ist für meine Reise notwendig?

Fragen Sie Ihren Arzt, welche Immunisierungen bei Ihnen vor Reiseantritt notwendig sind. Im Internet können Sie über die Länderseiten des Auswärtigen Amtes für Ihr Reiseland die aktuellen Gesundheitsempfehlungen abrufen. Informationen hierzu finden Sie unter auswaertiges-amt.de

Darüber hinaus bietet die Mobil Krankenkasse exklusiv für Ihre Versicherten die **Online-Sprechstunde der TeleClinic** an.

Hier erhalten Sie eine ärztliche Beratung ganz **bequem per Videocall** – auch zum Thema Impfschutz bei Auslandsreisen.

Weitere Infos finden Sie hierzu unter mobil-krankenkasse.de/online-sprechstunde



Unser Tipp:

Informieren Sie sich möglichst rechtzeitig, damit sie mindestens sechs Wochen vor Antritt Ihrer Reise die erforderlichen Impfungen erhalten.

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 Impfkosten bei privater Auslandsreise

Damit wir Ihnen die Kosten schnell erstatten können: Senden Sie uns den Antrag bitte ausgefüllt und unterschrieben zusammen mit der Verordnung des Impfstoffs/ Medikaments und den Quittungen zu.

Gleich ausfüllen und absenden

1. Meine persönlichen Angaben

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

Straße, Hausnummer:

PLZ:

Ort:

Ich plane eine private Auslandsreise.

Reiseland/Reiseländer:

2. Ärztlich bzw. von der STIKO empfohlene Impfung/en

Ich beantrage die Erstattung der Kosten für folgende Immunisierung/en:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Typhus | <input type="checkbox"/> FSME/Zecken-Hirnhautentzündung |
| <input type="checkbox"/> Gelbfieber | <input type="checkbox"/> Diphtherie |
| <input type="checkbox"/> Cholera | <input type="checkbox"/> Poliomyelitis |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A und B | <input type="checkbox"/> Tetanus |
| <input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis | <input type="checkbox"/> Tollwut |
| <input type="checkbox"/> Japanische Enzephalitis | <input type="checkbox"/> Dengue-Fieber |
| <input type="checkbox"/> medikamentöse Malariaphylaxe | |

3. Meine Bankverbindung

Name des Geldinstituts:

BIC (Business Identifier Code, 11-stellig):

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Telefon (freiwillige Angabe):

E-Mail (freiwillige Angabe):

Ort, Datum:

Unterschrift des Versicherten:

Senden Sie bitte diese Seite 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