Behandlung im Ausland – Informationen und Hinweise

Ihr Leistungsanspruch im Ausland

Mit der europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) sind Sie in allen Mitgliedsstaaten der EU, in Island, Liechtenstein, Nordmazedonien, Norwegen, Serbien, Montenegro und der Schweiz im medizinischen Notfall abgesichert. Die EHIC befindet sich auf der Rückseite Ihrer Debeka BKK-Gesundheitskarte. Für andere Staaten mit Sozialversicherungsabkommen, wie Bosnien-Herzegowina, die Türkei und Tunesien, gilt weiterhin der Auslandskrankenschein.

Bei einer ärztlichen Behandlung legen Sie die EHIC einfach dem Arzt vor. In bestimmten Ländern oder bei Inanspruchnahme eines nur privatärztlich behandelnden Arztes ist eine Abrechnung der Kosten über die EHIC nicht möglich. In diesen Fällen wird Ihnen eine Privatrechnung ausgestellt, die dann zur Prüfung einer (anteiligen) Kostenerstattung bei der Debeka BKK einzureichen ist.

Ablauf der Kostenerstattung für Aufwendungen im Ausland

Sind Ihnen während eines Auslandsaufenthaltes in einer der oben genannten Länder Krankheitskosten entstanden, können Sie Ihre Rechnungsunterlagen zur Prüfung einer Kostenerstattung bei der Debeka BKK einreichen.

Folgende Möglichkeiten stehen Ihnen zur Auswahl:

Die Erstattung in Höhe der deutschen Vertragssätze. Hier erfolgt die Erstattung nach den geltenden Kassensätzen in Deutschland. Es ist möglich, dass im Ausland durchgeführte Leistungen nach deutschem Recht nicht erstattungsfähig sind. Die in Deutschland üblichen Eigenanteile werden vom Erstattungsbetrag abgezogen.

Die Erstattung in Höhe der Vertragssätze des Aufenthaltsstaates. Hierzu senden wir die Rechnungsunterlagen in das entsprechende Urlaubsland zur Festsetzung der erstattungsfähigen Beträge. Auch hier ist es möglich, dass das Recht des Aufenthaltsstaates keine Erstattung vorsieht. Bitte beachten Sie, dass sich die Erstattung bei dieser Vorgehensweise verzögern kann.

Die jeweilige Erstattungshöhe ist vorab durch die Debeka BKK nicht ermittelbar.

Sobald uns der ausgefüllte und unterschriebene Antrag auf Kostenerstattung inklusive der Rechnungsunterlagen vorliegen, können wir eine mögliche Kostenerstattung prüfen. Gerne können Sie die Unterlagen auch über das Kontaktformular auf unserer Webseite hochladen.

Serviceleistung der Debeka BKK

Sie haben bei unserem Kooperationspartner, der Debeka Krankenversicherungsverein a. G., eine Zusatzversicherung für Auslandsreisen abgeschlossen? Dann nutzen Sie unseren internen Weiterleitungsservice. Ihre eingereichten Unterlagen werden nach unserer Bearbeitung direkt an die Debeka weitergeleitet. Füllen Sie dafür den hier verlinkten Bogen aus und fügen diesen Ihren Unterlagen bei.

Debeka Betriebskrankenkasse, 56048 Koblenz | **Telefon** 0261 94143 - 0 | **Fax** 0261 94143 - 930 | info@debeka-bkk.de

Behandlung im Ausland – Antrag auf Kostenerstattung

Persönliche Angaben

Name, Vorname	Straße	Hausnummer
Geburtsdatum	PLZ / Ort	
BKK-Versichertennummer	Telefonnummer (freiwillige Angabe)	

Angaben zur Behandlung

Grund/Diagnose der Behandlung _____

Land der Behandlung _____

Behandlungsart:

☐ Medizinisch sofort notwendige Behandlung **(Notfall-/Akutbehandlung)**

Ich wünsche eine Erstattung im Rahmen
☐ **deutscher** Honorar- und **Vergütungssätze**
☐ der **Vertragssätze** des **Aufenthaltsstaates**

☐ Behandlung aufgrund eines **Unfalls**

☐ **Geplante Behandlung** (Hinweis: Eine Erstattung kann in diesem Fall nur im Rahmen deutscher Honorar- und Vergütungssätze erfolgen.)

Ort der Behandlung:
☐ Arztpraxis
☐ Zahnarztpraxis (bitte hierzu auch Seite 2 beachten!)
☐ Krankenhaus
☐ Kreuzfahrtschiff/Schiff - Flagge: _____
☐ Hotel
☐ Hausbesuch

Weitere Angaben zur ärztlichen Behandlung:

Rechnung vom	Zeitraum der Behandlung	Uhrzeit	Art der Behandlung	Leistungsart (z.B. Untersuchung, Röntgen, EKG, Spritze)	Facharzt/ Fachrichtung
1)			☐ ambulant ☐ stationär		
2)			☐ ambulant ☐ stationär		
3)			☐ ambulant ☐ stationär		
4)			☐ ambulant ☐ stationär		

Debeka Betriebskrankenkasse, 56048 Koblenz | **Telefon** 0261 94143 - 0 | **Fax** 0261 94143 - 930 | info@debeka-bkk.de

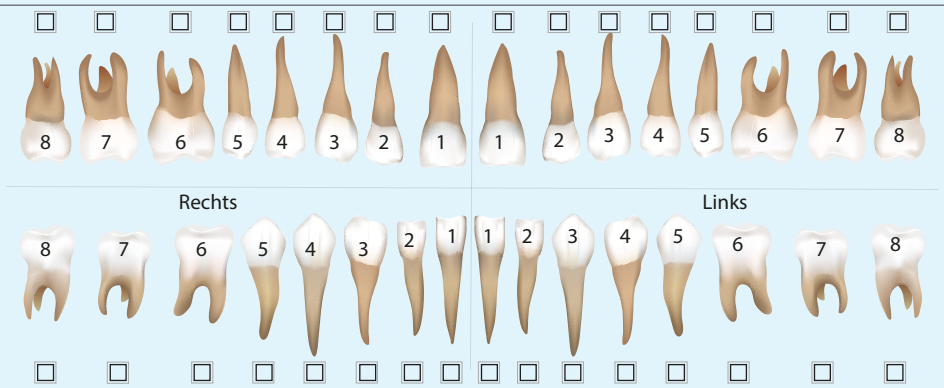
Veranlasste Leistungen (Bitte eine ärztliche Verordnung beifügen)

Arzneimittel	Name der/des Arzneimittel(s): _____
Heilmittel	☐ Massage ☐ Krankengymnastik ☐ Weitere: _____
Hilfsmittel	Name der/des Hilfsmittel(s): _____
Transportkosten	☐ zur stationären Behandlung ☐ zur ambulanten Behandlung von: _____ nach: _____ km: _____ Transportmittel _____ NACA-Code (falls bekannt) : _____

Zusätzliche Angaben zur zahnärztlichen Behandlung

Erfolgte eine eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-/Mund und Kieferkrankheiten?	☐ Ja ☐ Nein
Erfolgte nur eine Untersuchung/Beratung aufgrund der Beschwerden?	☐ Ja ☐ Nein
Die Untersuchung/Beratung erfolgte zwischen 20 Uhr und 8 Uhr oder am Wochenende.	☐ Ja ☐ Nein
Wurde ein **kleines Röntgenbild** erstellt? (Zahnfilm)	☐ Ja ☐ Nein
Wurde ein **großes Röntgenbild** erstellt? (Übersichtsaufnahme von allen Zähnen)	☐ Ja ☐ Nein
Erfolgte eine lokale Anästhesie? (Spritze)	☐ Ja ☐ Nein
War eine **Zahnfüllung** notwendig? Bitte markieren Sie im Zahnschema den entsprechenden Zahn mit einem **"F"**, der mit einer Füllung versorgt wurde! Der Umfang der Zahnfüllung war ☐ Klein ☐ Mittel ☐ Groß	☐ Ja ☐ Nein
War eine **Zahnentfernung** notwendig? Bitte markieren Sie im Zahnschema den entsprechenden Zahn mit einem **"X"**, der entfernt werden musste!	☐ Ja ☐ Nein
Erfolgte eine **Salbenbehandlung** der Schleimhäute?	☐ Ja ☐ Nein
Wurde eine **Wurzelkanalbehandlung** eingeleitet? Bitte markieren Sie im Zahnschema den entsprechenden Zahn mit einem **"W"**, der entfernt werden musste!	☐ Ja ☐ Nein

Zahnschema:



Wurden sonstige zahnärztliche Leistungen erbracht? ☐ Nein

☐ Ja _____

Debeka Betriebskrankenkasse, 56048 Koblenz | **Telefon** 0261 94143 - 0 | **Fax** 0261 94143 - 930 | info@debeka-bkk.de

Folgende Unterlagen/Angaben werden für die Erstattung benötigt

Rechnungen/Verordnungen	☐ Liegen bei	☐ Liegen Ihnen bereits vor
Die Rechnungen sind bereits bezahlt	☐ Ja	☐ Nein
Zahlungsnachweise/Quittungen (Kontoauszug, EC-Kartenbeleg)	☐ Liegen bei	☐ Liegen Ihnen bereits vor

Eine private Zusatzversicherung (für Auslandsreisen) besteht: ☐ Ja ☐ Nein

Ich bitte um Überweisung auf folgendes Konto:

Name, Vorname des Kontoinhabers: _____
(auch falls abweichend vom Antragssteller)

IBAN: _____ BIC: _____

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift der versicherten Person/des Mitglieds

Debeka Betriebskrankenkasse, 56048 Koblenz | **Telefon** 0261 94143 - 0 | **Fax** 0261 94143 - 930 | info@debeka-bkk.de