

# Wir sind: Offen fürs Leben – bei allem, was wir tun.

*Denn nur so können wir uns verlässlich um Ihre Gesundheit kümmern.*

## **Schleswig-Holstein/Hamburg/ Mecklenburg-Vorpommern/ Niedersachsen:**

mhplus Betriebskrankenkasse  
Zur Sägemühle 1  
23558 Lübeck  
Fon +49 451 8109-0  
Fax +49 451 8109-199  
E-Mail: info-luebeck@mhplus.de

## **Baden-Württemberg/ Rheinland-Pfalz:**

mhplus Betriebskrankenkasse  
Frankstraße 8  
71636 Ludwigsburg  
Fon +49 7141 9790-0  
Fax +49 7141 9790-113  
E-Mail: info-ludwigsburg@mhplus.de

mhplus Betriebskrankenkasse  
Karlsruhe 3  
79618 Rheinfelden  
Fon +49 7623 7234-0  
Fax +49 7623 70689-000  
E-Mail: info-rheinfelden@mhplus.de

## **Thüringen/Hessen/Sachsen/ Sachsen-Anhalt:**

mhplus Betriebskrankenkasse  
Harjesstraße 12  
99867 Gotha  
Fon +49 3621 7362-0  
Fax +49 3621 7362-804  
E-Mail: info-gotha@mhplus.de

## **Nordrhein-Westfalen:**

mhplus Betriebskrankenkasse  
Hochstadenring 50  
53119 Bonn  
Fon +49 228 971448-0  
Fax +49 228 971448-8578  
E-Mail: info-bonn@mhplus.de

mhplus Betriebskrankenkasse  
Jakordenstraße 18–20  
50668 Köln  
Fon +49 221 91641-0  
Fax +49 221 91641-189  
E-Mail: info-koeln@mhplus.de

## **Bayern:**

mhplus Betriebskrankenkasse  
Bahnhofstraße 6–8  
84163 Marklkofen  
Fon +49 8732 9399-0  
Fax +49 8732 9399-516  
E-Mail: info-marklkofen@mhplus.de

mhplus Betriebskrankenkasse  
Auf dem Bichl 3  
83064 Raubling  
Fon +49 8035 9098-0  
Fax +49 8035 9098-99  
E-Mail: info-raubling@mhplus.de

mhplus Betriebskrankenkasse  
Nordostpark 14  
90411 Nürnberg  
Fon +49 911 98329-0  
Fax +49 911 98329-6655  
E-Mail: info-nuernberg@mhplus.de

mhplus Betriebskrankenkasse  
Bahnhofstraße 2  
63811 Stockstadt  
Fon +49 6027 4172-0  
Fax +49 6027 4172-8  
E-Mail: info-stockstadt@mhplus.de

## **Die mhplus Betriebskranken- kasse ist in folgenden Orten mit weiteren Geschäftsstellen vertreten:**

Aalen-Unterkochen, Albstadt,  
Augsburg, Backnang, Metzingen,  
München, Passau, Sonneberg,  
Speyer und Straubing.

Sie haben Fragen? Wir kümmern  
uns darum: jeden Tag, rund um die  
Uhr. **07141 9790-0**



## **Folgende Zuzahlungen können berücksichtigt werden:**

Arznei- und Verbandmittel, Hilfs-  
mittel/Verbrauchshilfsmittel,  
Fahrtkosten, Krankenhausbehand-  
lung, Haushaltshilfe, häusliche  
Krankenpflege, Soziotherapie und  
medizinische Vorsorge-/Rehabilita-  
tionsleistungen.

# Mein Quittungsheft.

**Über Zuzahlungen im Jahr 2018.**



[www.mhplus.de](http://www.mhplus.de)

Name, Vorname

Versicherungsnummer (10-stellig)

# mhplus

Krankenkasse.

## Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

für die ab Seite 5 genannten Leistungen sind nach den gesetzlichen Bestimmungen Zuzahlungen zu leisten. Die Krankenkasse kann Versicherten, die hierdurch besonders belastet sind, einen Teil dieser Aufwendungen, abhängig von der individuellen Belastungsgrenze, erstatten.

Wenn Sie dieses Quittungsheft nutzen, müssen Sie keine Belege sammeln und wir können leichter über Ihren Erstattungsanspruch entscheiden.

### **Deshalb unsere Bitte:**

Lassen Sie sich auf den nächsten Seiten Ihre Zuzahlungen quittieren und bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift auf der Rückseite dieses Heftes die Richtigkeit der Eintragungen.

Diese Informationen stellen eine Kurzfassung dar. Über Zuzahlungen und einen eventuellen Belastungsausgleich bzw. eine Befreiung beraten wir Sie gerne individuell.

Ihre mhplus

## Die Zuzahlungsregelungen

Es werden von allen Patienten und für alle medizinischen Leistungen Zuzahlungen erhoben. Grundsätzlich beträgt die Zuzahlung bei allen Leistungen 10 % der Kosten, jedoch mindestens 5 € und maximal 10 €. Wenn die Kosten unter 5 € liegen, ist der tatsächliche Preis zu zahlen. Die Belastungsgrenzen gelten auch für Krankenhauszuzahlungen, durch „Familienabschläge“ wird auf die Situation von Familien stärker Rücksicht genommen.

Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind generell von allen Zuzahlungen befreit, außer bei Fahrkosten, Kieferorthopädie und Zahnersatz.

### **Belastungsgrenzen**

Alle Zuzahlungen (außer bei Zahnersatz) werden für das Erreichen der Belastungsgrenzen berücksichtigt. Die jährliche Eigenbeteiligung der Versicherten darf 2 % (chronisch Kranke 1 %) der Bruttoeinnahmen nicht überschreiten. Familien erhalten entsprechende „Familienabschläge“

## Alle Zuzahlungen auf einen Blick

Zur Ermittlung der individuellen Belastungsgrenze werden bei Alleinstehenden die jährlichen Bruttoeinnahmen ohne Kürzung zu Grunde gelegt. Bei Familien werden die jährlichen Bruttoeinnahmen der im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehepartner bzw. eingetragenen Lebenspartner nach dem Lebenspartnergesetz und der familienversicherten Kinder zusammengerechnet. Um die Situation von Familien stärker zu berücksichtigen, werden von diesem „Familieneinkommen“ noch „Familienabschläge“ abgezogen.

Höhe der Zuzahlungen	Leistungen	Seite
10 % des Abgabepreises mind. 5 €, max. 10 €	<b>Arznei- und Verbandmittel</b> · pro Arzneimittel, max. Kosten des Mittels · evtl. zzgl. Mehrkosten über Festbetrag	<b>6-12</b>
10 % der Kosten, mind. 5 €, max. 10 € je Fahrt (keine Zuzahlung bei med. Reha – ambulant und stationär)	<b>Fahrkosten</b> · zur stationären Behandlung oder zur ambulanten Behandlung, wenn diese eine stationäre Behandlung vermeidet; im Übrigen zur ambulanten Behandlung nur in besonderen Ausnahmefällen (nach vorheriger Genehmigung)	<b>13-14</b>
10 % der Kosten, + 10 € je Verordnung	<b>Heilmittel</b> (z. B. Massagen, Ergotherapie)	<b>15-17</b>
10 % des Abgabepreises mind. 5 €, max. 10 €	<b>Hilfsmittel</b> (z. B. Hörgeräte, Rollstühle, Prothesen) · evtl. zzgl. Mehrkosten über Festbetrag	<b>18-19</b>
10 % des Abgabepreises mind. 5 €, max. 10 €	<b>Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind</b> (z. B. Inkontinenzwindeln) · 10 % je Packung, max. 10 € für den Monatsbedarf je Indikation · evtl. zzgl. Mehrkosten über Festbetrag	<b>20-21</b>
10 € täglich	<b>Krankenhausbehandlung</b> · für max. 28 Tage im Kalenderjahr, keine Zuzahlung bei teilstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung	<b>22-23</b>
10 € täglich	<b>Anschlussrehabilitation</b> · für max. 28 Tage im Kalenderjahr	<b>22-23</b>
10 € täglich	<b>Vorsorge-/Rehabilitationsleistung (Kuren)</b>	<b>22-23</b>
<b>Hinweis:</b> Zuzahlungen für die Leistungen Haushaltshilfe, Sozialtherapie und häusliche Krankenpflege werden unmittelbar von der Krankenkasse erhoben. Eine Bestätigung im Quittungsheft ist daher nicht erforderlich.		

Herausgeber und Verlag:

inside partner  
Verlag und Agentur GmbH  
Am Bahndamm 9  
48739 Legden

info@inside-partner.de  
www.inside-partner.de

© inside partner

Stand: 1. Januar 2018

## Arznei-/Verbandmittel (ohne Harn-/Blutteststreifen)

Kassenrezept liegt vor	Höhe der Zuzahlung (10 %, mind. 5 €, max. 10 €, höchstens tatsächliche Kosten)	Datum	Unterschrift und Stempel der abgebenden Stelle
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
	<b>Summe</b>		

### Hinweis für den Apotheker:

- Differenzbeträge zwischen Festbetrag und Apothekenabgabepreis oder Aufwendungen für auf einem Privatrezept verordnete Arzneimittel oder sonstige nicht kassenübliche Produkte dürfen hier nicht bestätigt werden.
- Ist der Preis des Mittels geringer als die Mindest-Zuzahlung, sind im Feld „Zuzahlung“ die tatsächlichen Kosten einzutragen.

## Arznei-/Verbandmittel (ohne Harn-/Blutteststreifen)

Kassenrezept liegt vor	Höhe der Zuzahlung (10 %, mind. 5 €, max. 10 €, höchstens tatsächliche Kosten)	Datum	Unterschrift und Stempel der abgebenden Stelle
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
	<b>Summe</b>		

## Arznei-/Verbandmittel (ohne Harn-/Blutteststreifen)

Kassenrezept liegt vor	Höhe der Zuzahlung (10 %, mind. 5 €, max. 10 €, höchstens tatsächliche Kosten)	Datum	Unterschrift und Stempel der abgebenden Stelle
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
	<b>Summe</b>		

### Hinweis für den Apotheker:

- Differenzbeträge zwischen Festbetrag und Apothekenabgabepreis oder Aufwendungen für auf einem Privatrezept verordnete Arzneimittel oder sonstige nicht kassenübliche Produkte dürfen hier nicht bestätigt werden.
- Ist der Preis des Mittels geringer als die Mindest-Zuzahlung, sind im Feld „Zuzahlung“ die tatsächlichen Kosten einzutragen.

## Arznei-/Verbandmittel (ohne Harn-/Blutteststreifen)

Kassenrezept liegt vor	Höhe der Zuzahlung (10 %, mind. 5 €, max. 10 €, höchstens tatsächliche Kosten)	Datum	Unterschrift und Stempel der abgebenden Stelle
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
	<b>Summe</b>		

## Arznei-/Verbandmittel (ohne Harn-/Blutteststreifen)

Kassenrezept liegt vor	Höhe der Zuzahlung (10 %, mind. 5 €, max. 10 €, höchstens tatsächliche Kosten)	Datum	Unterschrift und Stempel der abgebenden Stelle
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
	<b>Summe</b>		

### Hinweis für den Apotheker:

- Differenzbeträge zwischen Festbetrag und Apothekenabgabepreis oder Aufwendungen für auf einem Privatrezept verordnete Arzneimittel oder sonstige nicht kassenübliche Produkte dürfen hier nicht bestätigt werden.
- Ist der Preis des Mittels geringer als die Mindest-Zuzahlung, sind im Feld „Zuzahlung“ die tatsächlichen Kosten einzutragen.

## Arznei-/Verbandmittel (ohne Harn-/Blutteststreifen)

Kassenrezept liegt vor	Höhe der Zuzahlung (10 %, mind. 5 €, max. 10 €, höchstens tatsächliche Kosten)	Datum	Unterschrift und Stempel der abgebenden Stelle
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
	<b>Summe</b>		

## Arznei-/Verbandmittel

(ohne Harn-/Blutteststreifen)

Kassenrezept liegt vor	Höhe der Zuzahlung (10 %, mind. 5 €, max. 10 €, höchstens tatsächliche Kosten)	Datum	Unterschrift und Stempel der abgebenden Stelle
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>			
<b>Summe</b>			

### Hinweis für den Apotheker:

- Differenzbeträge zwischen Festbetrag und Apothekenabgabepreis oder Aufwendungen für auf einem Privatrezept verordnete Arzneimittel oder sonstige nicht kassenübliche Produkte dürfen hier nicht bestätigt werden.
- Ist der Preis des Mittels geringer als die Mindest-Zuzahlung, sind im Feld „Zuzahlung“ die tatsächlichen Kosten einzutragen.

## Fahrkosten

(Zuzahlungen bei zwingend medizinisch notwendigen Fahrten)

Vertragsärztl. Verordnung liegt vor	Fahrt zur	Höhe der Zuzahlung (10 %, mind. 5 €, max. 10 €)	Datum der Fahrt	Unterschrift und Stempel der abgebenden Stelle
ja <input type="checkbox"/>	ambulant Behandlung <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>	stationären Behandlung <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>	ambulant Behandlung <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>	stationären Behandlung <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>	ambulant Behandlung <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>	stationären Behandlung <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>	ambulant Behandlung <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>	stationären Behandlung <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>	ambulant Behandlung <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>	stationären Behandlung <input type="checkbox"/>			
		<b>Summe</b>		

## Fahrkosten

(Zuzahlungen bei zwingend medizinisch notwendigen Fahrten)

Vertragsärztl. Verordnung liegt vor	Fahrt zur	Höhe der Zuzahlung (10 %, mind. 5 €, max. 10 €)	Datum der Fahrt	Unterschrift und Stempel der abgebenden Stelle
ja <input type="checkbox"/>	ambulant Behandlung <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>	stationären Behandlung <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>	ambulant Behandlung <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>	stationären Behandlung <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>	ambulant Behandlung <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>	stationären Behandlung <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>	ambulant Behandlung <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>	stationären Behandlung <input type="checkbox"/>			
ja <input type="checkbox"/>	ambulant Behandlung <input type="checkbox"/>			
nein <input type="checkbox"/>	stationären Behandlung <input type="checkbox"/>			
		<b>Summe</b>		

## Heilmittel

Kassenrezept liegt vor	Höhe der Zuzahlung (10 % der Kosten und 10 € je Verordnung)	Datum	Unterschrift und Stempel der abgebenden Stelle
ja <input type="checkbox"/>	10 % _____ Verordnung 10 €		
nein <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
ja <input type="checkbox"/>	10 % _____ Verordnung 10 €		
nein <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
ja <input type="checkbox"/>	10 % _____ Verordnung 10 €		
nein <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
ja <input type="checkbox"/>	10 % _____ Verordnung 10 €		
nein <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
ja <input type="checkbox"/>	10 % _____ Verordnung 10 €		
nein <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
		<b>Summe</b>	



## Heilmittel

Kassenrezept liegt vor	Höhe der Zuzahlung (10 % der Kosten und 10 € je Verordnung)	Datum	Unterschrift und Stempel der abgebenden Stelle
ja <input checked="" type="checkbox"/>	10 % _____ Verordnung 10 €		
nein <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
ja <input checked="" type="checkbox"/>	10 % _____ Verordnung 10 €		
nein <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
ja <input checked="" type="checkbox"/>	10 % _____ Verordnung 10 €		
nein <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
ja <input checked="" type="checkbox"/>	10 % _____ Verordnung 10 €		
nein <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
ja <input checked="" type="checkbox"/>	10 % _____ Verordnung 10 €		
nein <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
<b>Summe</b>			

## Heilmittel

Kassenrezept liegt vor	Höhe der Zuzahlung (10 % der Kosten und 10 € je Verordnung)	Datum	Unterschrift und Stempel der abgebenden Stelle
ja <input checked="" type="checkbox"/>	10 % _____ Verordnung 10 €		
nein <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
ja <input checked="" type="checkbox"/>	10 % _____ Verordnung 10 €		
nein <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
ja <input checked="" type="checkbox"/>	10 % _____ Verordnung 10 €		
nein <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
ja <input checked="" type="checkbox"/>	10 % _____ Verordnung 10 €		
nein <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
ja <input checked="" type="checkbox"/>	10 % _____ Verordnung 10 €		
nein <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
<b>Summe</b>			

## Hilfsmittel\*

Kassenrezept liegt vor	Bezeichnung des Hilfsmittels	Höhe der Zuzahlung (10 %, mind. 5 €, max. 10 €)	Datum	Unterschrift und Stempel der abgebenden Stelle
ja <input type="checkbox"/>				
nein <input type="checkbox"/>				
ja <input type="checkbox"/>				
nein <input type="checkbox"/>				
ja <input type="checkbox"/>				
nein <input type="checkbox"/>				
ja <input type="checkbox"/>				
nein <input type="checkbox"/>				
ja <input type="checkbox"/>				
nein <input type="checkbox"/>				
		Summe		

Differenzbeträge zwischen Abgabepreis und Festbetrag/Vertragspreis dürfen hier nicht bestätigt werden.

**\*Zuzahlungen für Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind - siehe nächste Doppel-Seite.**

## Hilfsmittel\*

Kassenrezept liegt vor	Bezeichnung des Hilfsmittels	Höhe der Zuzahlung (10 %, mind. 5 €, max. 10 €)	Datum	Unterschrift und Stempel der abgebenden Stelle
ja <input type="checkbox"/>				
nein <input type="checkbox"/>				
ja <input type="checkbox"/>				
nein <input type="checkbox"/>				
ja <input type="checkbox"/>				
nein <input type="checkbox"/>				
ja <input type="checkbox"/>				
nein <input type="checkbox"/>				
ja <input type="checkbox"/>				
nein <input type="checkbox"/>				
		Summe		

## Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind

Kassenrezept liegt vor	Bezeichnung der Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	Zeitraum der Versorgung	Höhe der Zu-zahlung (10 % je Packung, höchstens 10 € für den Monatsbedarf je Indikation)	Datum, Unterschrift und Stempel der abgebenden Stelle
ja <input type="checkbox"/>				
nein <input type="checkbox"/>				
ja <input type="checkbox"/>				
nein <input type="checkbox"/>				
ja <input type="checkbox"/>				
nein <input type="checkbox"/>				
ja <input type="checkbox"/>				
nein <input type="checkbox"/>				
ja <input type="checkbox"/>				
nein <input type="checkbox"/>				
			<b>Summe</b>	

## Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind

Kassenrezept liegt vor	Bezeichnung der Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	Zeitraum der Versorgung	Höhe der Zu-zahlung (10 % je Packung, höchstens 10 € für den Monatsbedarf je Indikation)	Datum, Unterschrift und Stempel der abgebenden Stelle
ja <input type="checkbox"/>				
nein <input type="checkbox"/>				
ja <input type="checkbox"/>				
nein <input type="checkbox"/>				
ja <input type="checkbox"/>				
nein <input type="checkbox"/>				
ja <input type="checkbox"/>				
nein <input type="checkbox"/>				
ja <input type="checkbox"/>				
nein <input type="checkbox"/>				
			<b>Summe</b>	

1. Krankenhausbehandlung\*
2. Anschlussrehabilitation\*
3. Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen (Kuren)

Art der Maßnahme (1, 2 oder 3)	Kostenträger	Zeitraum der Maßnahme von-bis	Höhe der Zuzahlung gesamt (10 € je Kalendertag)	Unterschrift und Stempel der Klinik/ Einrichtung
			<b>Summe</b>	

\*) max. 28 Tage je Kalenderjahr

1. Krankenhausbehandlung\*
2. Anschlussrehabilitation\*
3. Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen (Kuren)

Art der Maßnahme (1, 2 oder 3)	Kostenträger	Zeitraum der Maßnahme von-bis	Höhe der Zuzahlung gesamt (10 € je Kalendertag)	Unterschrift und Stempel der Klinik/ Einrichtung
			<b>Summe</b>	