



Antrag auf eine teilweise Erstattung von Zuzahlungen

Guten Tag,

Ihre mhplus **erstattet** Ihnen gerne, die während eines Kalenderjahres anfallenden gesetzlichen **Zuzahlungen**, wenn Sie Ihre individuelle **Belastungsgrenze übersteigen**.

Damit wir für Sie die Voraussetzungen prüfen können, senden Sie uns:

- + Ihren **Antrag ausgefüllt** und **unterschrieben**
- + **aktuelle Nachweise** Ihres **Einkommens** und eine **Dezemberabrechnung**
- + **Quittungen** und **Zuzahlungsbelege** im Original zu. Bitte beachten Sie die Angabe des Empfängers bei Quittungen und Belegen.

Wie hoch ist die individuelle Belastungsgrenze?

Die individuelle **Belastungsgrenze** liegt bei **2,00 %** Ihres jährlichen **Bruttoeinkommens**.

Haben Sie eine chronische Erkrankung und sind Sie deshalb in einer Dauerbehandlung? So sinkt Ihre Belastungsgrenze auf 1 %. Hierfür benötigen wir eine „**Bescheinigung** einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V“ (Muster 55). Einen **Vordruck** finden Sie in der **Anlage**.

Wenn Sie die Belastungsgrenze erreicht haben, erhalten Sie und Ihre im Haushalt lebenden Familienangehörigen von Ihrer mhplus einen Befreiungsausweis.

Welche Einnahmen sind wichtig?

Für die Berechnung der Belastungsgrenze werden immer die Bruttoeinnahmen und Zuzahlungen aller Familienmitglieder im gemeinsamen Haushalt betrachtet. Dazu zählt Ihr Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner und Kinder, bis zu Ihrem 18. Geburtstag. Kinder ab dem Kalenderjahr, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, sofern sie familienversichert sind.

Ihr jährliches **Bruttoeinkommen verringert** sich für den **1. Familienangehörigen** und für **jedes Kind** im gemeinsamen Haushalt, um folgende Beiträge:

| Jahr | 1. Angehöriger | Kinderfreibetrag |
|------|----------------|------------------|
| 2019 | 5.607,00 € | 7.620,00 € |
| 2020 | 5.733,00 € | 7.812,00 € |
| 2021 | 5.922,00 € | 8.388,00 € |
| 2022 | 5.922,00 € | 8.388,00 € |
| 2023 | 6.111,00 € | 8.688,00 € |
| 2024 | 6.363,00 € | 9.312,00 € |
| 2025 | 6.741,00 € | 9.600,00 € |



Bitte senden Sie Ihre Post an diese Anschrift:
mhplus Betriebskrankenkasse
71632 Ludwigsburg
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Vertreten durch den Vorstand
Rechtsstz: Nürnberg

Hier erreichen Sie uns persönlich und/oder telefonisch:
Franckstraße 8
71636 Ludwigsburg
Fon 07141 9790-0
Fax 07141 9790-113
info-ludwigsburg@mhplus.de

Direktion:
Franckstraße 8
71636 Ludwigsburg
info@mhplus.de
www.mhplus.de
IK: 108 035 612

Bankverbindung:
Commerzbank - BLZ 604 800 08 - Konto 500 900 500
IBAN DE29 6048 0008 0500 9005 00 BIC DRESDEFF604
KSK Ludwigsburg - BLZ 604 500 50 - Konto 77 208
IBAN DE19 6045 0050 0000 0772 08 BIC SOLADES1LBB

mhplus

Zu Ihren Einnahmen zählen unter anderem:

- + **Gesetzliche Rente**
- + **Gehalt** oder **Lohn, Sparzinsen, Unterhaltszahlungen** und
- + **Mieteinnahmen.**

Bei Bezug von **Arbeitslosengeld II** benutzt die mhplus den **Regelsatz des Haushaltsvorstands** zur Berechnung Ihrer Belastungsgrenze. Für nachfolgende Personengruppen wird der Regelsatz als Mindesteinnahme für die Berechnung der Belastungsgrenze angesetzt:

- + Versicherte die Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und 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 Kriegsofopferfürsorge getragen werden.
- + Personengruppen des § 264 SGB V, unabhängig von im gleichen Zeitraum möglichen erzielten weiteren Einnahmen der gesamten Bedarfsgemeinschaft.
- + Versicherte, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem SGB II erhalten.

Für welche Zuzahlungen gilt die Befreiung?

Zuzahlungen entstehen bei:

- + **Arzneimitteln, Hilfsmitteln, Verbandmitteln** oder **Heilmitteln**
- + **Fahrkosten**
- + Inanspruchnahme der **häuslichen Krankenpflege**, einer **Haushaltshilfe** oder **Soziotherapie**
- + einem stationären **Aufenthalt oder Vorsorgemaßnahmen im Krankenhaus** und
- + stationärer oder ambulanter **Reha.**

Wichtig für Sie: Kinder bis zum 18. Geburtstag sind von der Zuzahlung befreit. Außer bei Fahrkosten, Zahnersatz und kieferorthopädischer Behandlungen.

Zuzahlungen zu Zahnersatz und Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung dürfen wir nicht auf die Belastungsgrenze anrechnen.

Haben Sie Fragen? Rufen Sie uns einfach unter: **07141 9790-0** an. Wir sind gerne für Sie da!



Bitte senden Sie Ihre Post an diese Anschrift:
mhplus Betriebskrankenkasse
71632 Ludwigsburg
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Vertreten durch den Vorstand
Rechtsitz: Nürnberg

Hier erreichen Sie uns persönlich und/oder telefonisch:
Franckstraße 8
71636 Ludwigsburg
Fon 07141 9790-0
Fax 07141 9790-113
info-ludwigsburg@mhplus.de

Direktion:
Franckstraße 8
71636 Ludwigsburg
info@mhplus.de
www.mhplus.de
IK: 108 035 612

Bankverbindung:
Commerzbank - BLZ 604 800 08 - Konto 500 900 500
IBAN DE29 6048 0008 0500 9005 00 BIC DRESDEFF604
KSK Ludwigsburg - BLZ 604 500 50 - Konto 77 208
IBAN DE19 6045 0050 0000 0772 08 BIC SOLADES1LBB

Bitte senden Sie den Antrag zurück an:
mhplus Betriebskrankenkasse
Franckstraße 8
71632 Ludwigsburg

Absender (Bitte in Druckbuchstaben)

Name: _____

Adresse: _____

Krankenversicherungsnr.: _____

**Antrag auf Erstattung von Zuzahlungen für das Kalenderjahr: _____
bei Überschreiten der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V**

| | | | |
|-----------------------------------|--|--|--|
| A Angaben zum Versicherten | | | |
| Geburtsdatum | Familienstand <input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Geschieden | <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Verwitwet | <input type="checkbox"/> getrennt lebend |
| | | | Telefon |

- Als Versicherter erhalte ich Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder Leistungen nach dem Grundsicherungsgesetz. **(Bitte fügen Sie den letzten erlassenen Bescheid in Kopie bei.)**
- Die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung werden von einem Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge getragen.

Bitte geben Sie die Angehörigen an, die mit Ihnen im Haushalt zusammenleben.

| Vorname Name | Geburtsdatum | Abweichende Anschrift | Verwandtschaftsverhältnis | Einnahmen brutto mtl. € | Art der Einnahmen | Name der Krankenkasse |
|--------------|--------------|---|---------------------------|-------------------------|-------------------|-----------------------|
| | | <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 | | | | |

Bankverbindung:

| | |
|------------------|---------------|
| IBAN: | |
| BIC: | Geldinstitut: |
| IBAN: | _____ |
| BIC: | _____ |
| Kontoinhaber/in: | |

B Erklärung

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unterlassene Angaben dazu führen können, dass die erbrachten Leistungen zurückgefordert werden.

Datum

X

Unterschrift

Tagsüber telefonisch erreichbar

C Angaben zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt

Hinweis: Bitte geben Sie hier Ihre **Bruttoeinnahmen** zum Lebensunterhalt an. Soweit Sie verheiratet sind, sind auch die Einkünfte des Ehegatten (auch wenn er/sie bei einer anderen Krankenkasse versichert ist) anzugeben. Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei (z.B. letzter Einkommensteuerbescheid, Rentenmitteilung, Leistungsbescheide, Zinsbescheinigung usw.).

Als Nachweise sind jeweils Kopien ausreichend.

| Die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten und seines im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehegatten setzen sich wie folgt zusammen: | | Monatliche Bruttoeinnahmen | | | |
|--|---|---|--------------------|---|--------------------|
| | | Versicherter | Höhe der Einnahmen | Ehegatte | Höhe der Einnahmen |
| Arbeitsentgelt | | | | | |
| 1. | • Lohn/Gehalt (auch aus geringfügiger Beschäftigung) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | _____ € | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | _____ € |
| | • Einmalzahlung (Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | _____ € | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | _____ € |
| Arbeitseinkommen | | | | | |
| 2. | • Selbstständige Tätigkeit bzw. Gewerbebetrieb | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | _____ € | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | _____ € |
| | • Land- u. Forstwirtschaft (bitte letzten Einkommenssteuerbescheid mit einreichen) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | _____ € | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | _____ € |
| Renten/Pensionen/u. a. | | | | | |
| 3. | • aus der gesetzlichen Rentenversicherung (z. B. Alters-, Witwen-, Witwer-, Waisen-, Erwerbsminderungsrente) – LVA/BfA | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | _____ € | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | _____ € |
| | • vom Versorgungsamt (z. B. Grundrente für Hinterbliebene) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | _____ € | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | _____ € |
| | • aus der gesetzlichen Unfallversicherung (z.B. Unfallrenten) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | _____ € | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | _____ € |
| | • aus privater Lebensversicherung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | _____ € | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | _____ € |
| | • aus Versorgungs- und Zusatzversorgungskassen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | _____ € | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | _____ € |
| | • von ausländischen Rentenversicherungsträgern und –stellen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | _____ € | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | _____ € |
| | • Ruhegehalt/Pension | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | _____ € | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | _____ € |
| | • Betriebsrente | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | _____ € | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | _____ € |
| | • Vorruhestandsgeld | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | _____ € | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | _____ € |

| Erträge | | | | | |
|-------------------------|---|---|---------|---|---------|
| 4. | <ul style="list-style-type: none"> Pacht- und/oder Mieteinnahmen Zinsen aus Kapitalvermögen | <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 | _____ € |
| Entgeltersatzleistungen | | | | | |
| 5. | <ul style="list-style-type: none"> Kranken-, Übergangs-, Verletzengeld Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II Kurzarbeiter-, Winterausfall-, Insolvenzgeld Mutterschaftsgeld und Arbeitgeberzuschuss Eingliederungshilfe für Spätaussiedler | <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"/> 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"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | _____ € |
| Sonstiges | | | | | |
| 6. | <ul style="list-style-type: none"> Abfindungen Unterhalt, Unterhaltsleistungen Eigenheimzulage Weitere Einkünfte: | <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"/> 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 | _____ € |
| | Art: _____ Art: _____ Art: _____ | | | | |

Bitte teilen Sie uns auch Änderungen in den Verhältnissen mit, wenn diese für die Leistung ausschlaggebend sind. Sie können damit verhindern, dass Ihnen die Sozialleistung versagt oder entzogen wird (§66 Sozialgesetzbuch erstes Buch).

Datum

X

Unterschrift

| | | | |
|---|------------------|--|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger mhplus | | Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V Seit: T T M M J J (mindestens 4 Quartale zurückliegend) Ist der Versicherte wegen derselben Erkrankung in Dauerbehandlung | |
| Name, Vorname des Versicherten | | | geb. am |
| Kostenträgererkennung | Versicherten-Nr. | | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | | Datum |

| behandlungsbedürftige Dauerdiagnose(n) (ICD-10) | | |
|--|-------------|--|
| ICD-10-code | ICD-10-code | ICD-10-code |
| Kontinuierliche medizinische Versorgung der oben genannten Erkrankungen ist weiterhin erforderlich <input type="checkbox"/> ja, Ende der Dauerbehandlung ist derzeit nicht absehbar <input type="checkbox"/> ja, voraussichtlich bis M M J J <input type="checkbox"/> nein | | Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes |
| | | |

Gegebenenfalls vom Versicherten auszufüllen

Wird der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung für den oben genannten Versicherten gestellt, sind KEINE weiteren Angaben erforderlich. Dies gilt auch, wenn der Antrag durch den Betreuer für den Versicherten gestellt wird.

In allen anderen Fällen (z. B. gemeinsamer Antrag über den Ehegatten) werden die nachfolgenden Angaben benötigt. Ohne diese Angaben kann die Bescheinigung nicht korrekt zugeordnet werden.

Die Bescheinigung ist bei der Krankenkasse einzureichen, bei der der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung gestellt wird/wurde.

Angaben zum antragsstellenden Versicherten

| | |
|-----------------------------------|--|
| Name, Vorname | Geburtsdatum T T M M J J |
| Krankenkasse | |
| Krankenversicherungsnummer | |