

# Wie beantrage ich eine Kostenrückerstattung?

Gehen Sie zu MI SANITAS

Klicken Sie auf das Hauptmenü

Sanitas santalucía SEGUROS

¿Has probado ya la videoconsulta?  
Pruébala ya gratis.

Próximas citas:

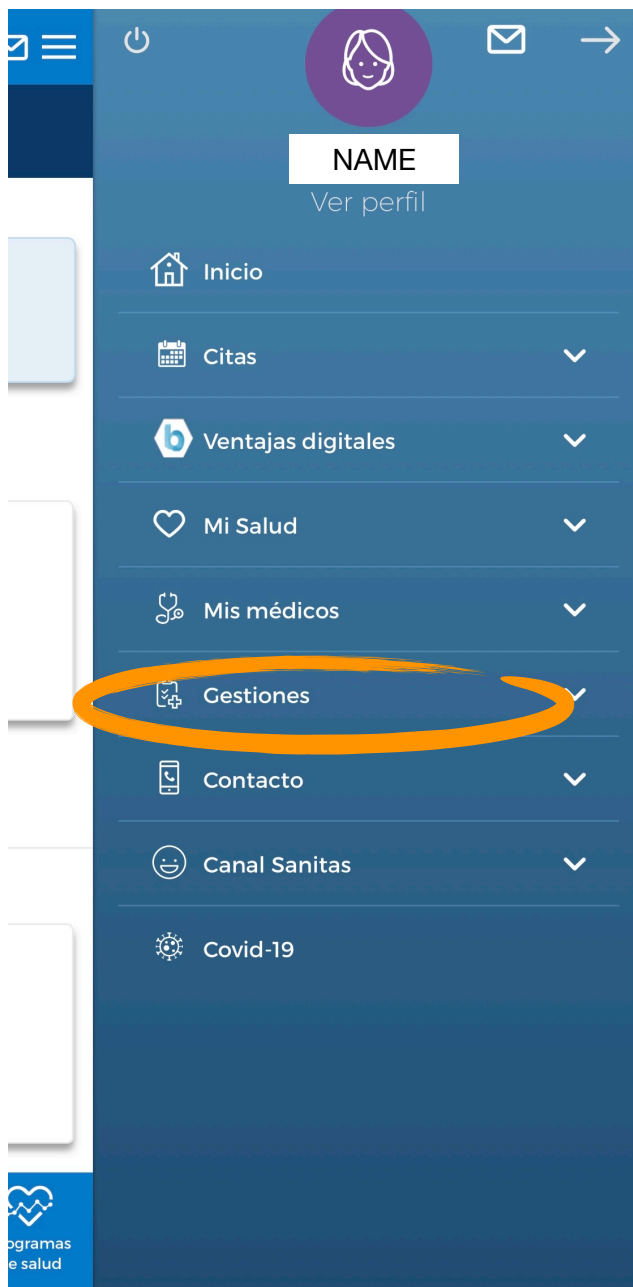
Actualmente no tienes citas pendientes

Pedir cita

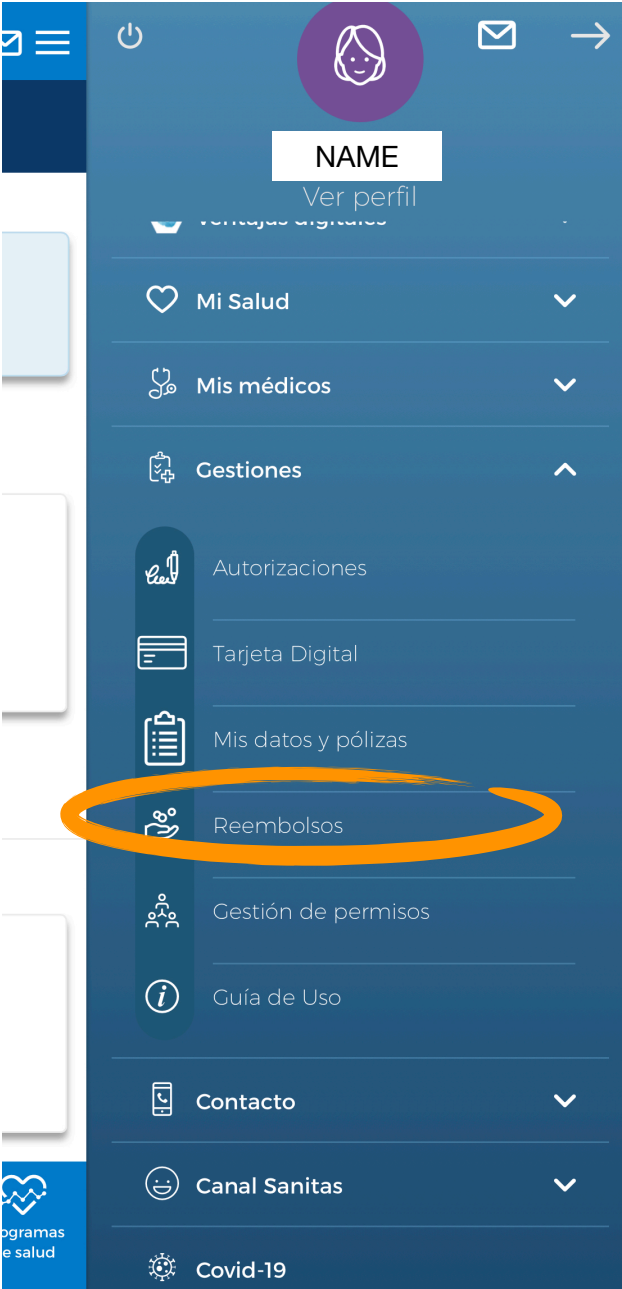
Buscar centros y médicos

Consultas digitales Mis informes Médicos Urgencias Tarjeta Digital Programas de salud

## Wählen Sie "Gestiones"



# Wählen Sie "Reembolsos"



## Wenn Sie auf dieser Seite sind, sehen Sie Ihre bisherigen Kostenrückerstattungen:

Ganz unten, sehen Sie zwei Optionen:

- a) Límites de gastos (Höchstbeträge)
- b) Nuevo reembolso (neue Kostenrückerstattung)

Listado de reembolsos

¿Necesitas ayuda? Te llamamos



Reembolsos realizados

1/2021/1/162454 420,00 €  
18/05/2021 Reembolsado: 294,00 €

Límites de gastos Nuevo reembolso

## a) Límites de gastos (= Höchstbeträge)

Hier sehen Sie (pro Versicherter) die bereits eingereichten Kostenrückerstattungen und die Höchstbeträge pro Kategorie.



< **Límites de gasto**  

### Límites de gastos

Estos son tus límites de capital asegurado para el reembolso de gastos correspondientes a la asistencia médica que hayas recibido. Tienes más detalles sobre estos límites en las condiciones particulares de tu póliza.


---

**Selecciona beneficiario**




NAME

---


**Póliza**  

**Selecciona periodo**

01/10/2017	01/10/2018	01/10/2019	01/10/2020
01/10/2018	01/10/2019	01/10/2020	Actualidad

**SANITAS MÁS 90.000** 

Saldo consumido: **588€** / 90.000€

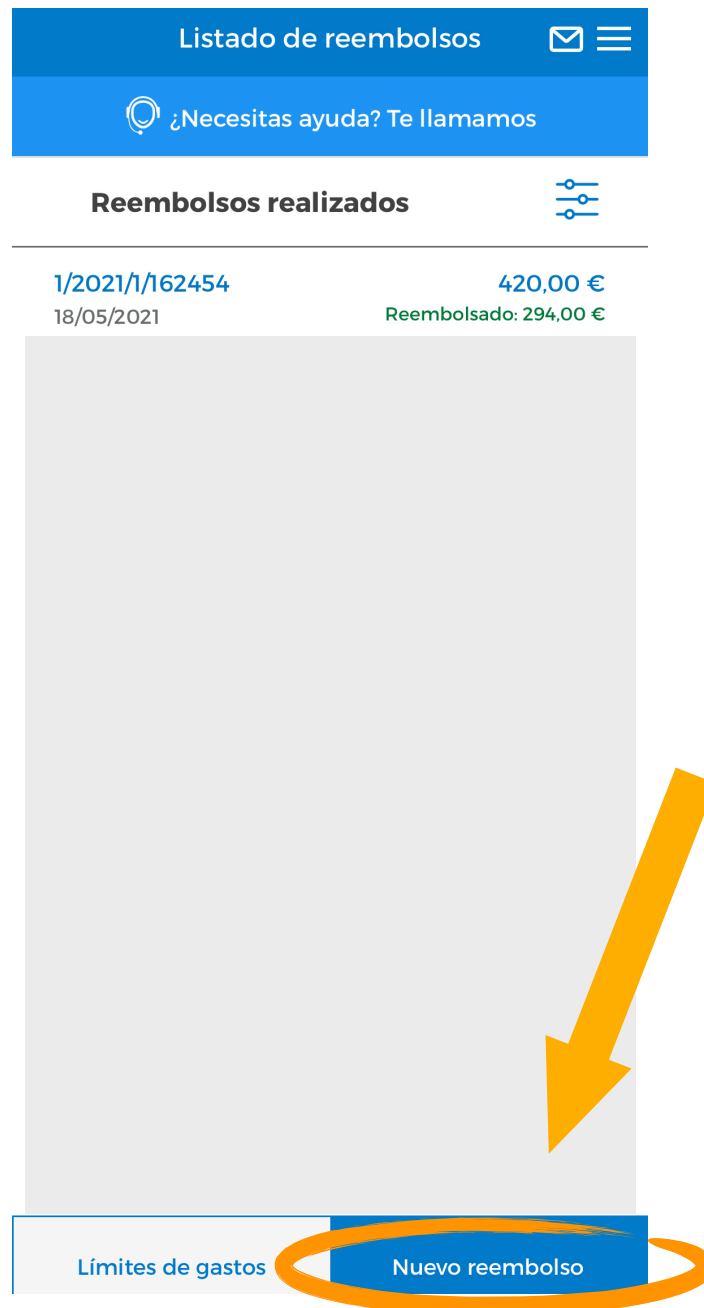
**SANITAS DENTAL** 

Saldo consumido: **0€** / 200€

**Ir a mis reembolsos**

b) **Nuevo reembolso** (= neue Kostenrückerstattung)

Klicken Sie auf “Nuevo reembolso” um einen neuen Antrag für Kostenrückerstattung zu starten.



Wenn es in der Versicherung diverse versicherte Person gibt, **wählen Sie die Person**, die die zurückerstattende Dienstleistung empfangen hat.

Wenn Ihre Versicherung unterschiedliche Kostenrückerstattungs-Produkte beinhaltet (wie z.B. Medikamente, Optiker etc.) **wählen Sie die entsprechende Kategorie**.

Zum Fortführen, bitte auf “continuar” klicken.

**Nuevo reembolso**  

¿Quién es el beneficiario del reembolso?

NAME

---

¿Qué tipo de reembolso quieres solicitar?

Gastos Medicos Con Hospitalizacion      Gastos Medicos Sin Hospitalizacion

**Continuar**

**Wählen Sie die entsprechende Person aus**

**Wählen Sie die entsprechende Kategorie aus**

**Continuar = Fortführen**

Wenn Sie die Option “Gastos Médicos Sin Hospitalización” (= Arztkosten ohne Krankenhausaufenthalt) wählen, werden Sie automatisch gefragt ob die **Dienstleistung durch einen Unfall entstanden** ist (¿Este reembolso está vinculado a un accidente?)

Verkehrs- und Arbeitsunfälle sind nicht in der Versicherung enthalten (es sei denn, Sie haben diese Zusatzleistung abgeschlossen). Die “mutua” (= Pflichtversicherung für Firmen) bzw. die Autoversicherung des Unfallverursachers sind dafür verantwortlich.

**Klicken Sie hier für weitere Informationen hinsichtlich unserer Zusatzversicherung für Verkehrs- und Arbeitsunfälle**

Nuevo reembolso

¿Quién es el beneficiario del reembolso?

NAME

¿Qué tipo de reembolso quieres solicitar?

Gastos Medicos Con Hospitalizacion

**Gastos Medicos Sin Hospitalizacion**

Dental

¿Este reembolso está vinculado a un accidente?

SÍ NO

Continuar



Unfall ?  
Wählen Sie **SI (= ja)**  
oder **NO (= nein)**



Falls es ein Unfall war, müssen Sie wählen, welche Art:

- Laboral (Arbeitsunfall)
- Tráfico (Verkehrsunfall)
- Otros (Andere)

Nuevo reembolso

¿Quién es el beneficiario del reembolso?

NAME

¿Qué tipo de reembolso quieres solicitar?

Gastos Medicos Con Hospitalizacion

Gastos Medicos Sin Hospitalizacion

Dental

¿Este reembolso está vinculado a un accidente?

SÍ NO

Selecciona el tipo de accidente

Laboral Tráfico Otros

Wählen Sie

Continuar

## Neue Kostenrückerstattung für Arztkosten ohne Krankenhausaufenthalt:

¿Dónde se realizó la prueba o el servicio? = Wo fand der Test oder die Dienstleistung statt ?

Wählen Sie zwischen “En España” (= in Spanien oder “En el extranjero” (= im Ausland).

- Introduce el nombre del centro o del profesional = Schreiben Sie den Namen des Zentrums / Dienstleisters
- CIF / NIF del profesional o centro sanitario = CIF / NIF (= Steuernummer) des Zentrums / Dienstleisters
- Código postal = Postleitzahl

< Nuevo reembolso

Beneficiario: NAME  
Tipo: Gastos Médicos Sin Hospitalización

¿Dónde se realizó la prueba o servicio?

En España En el extranjero

Introduce el nombre del centro o del profi

CIF/NIF del profesional o centro sanitario

Código Postal

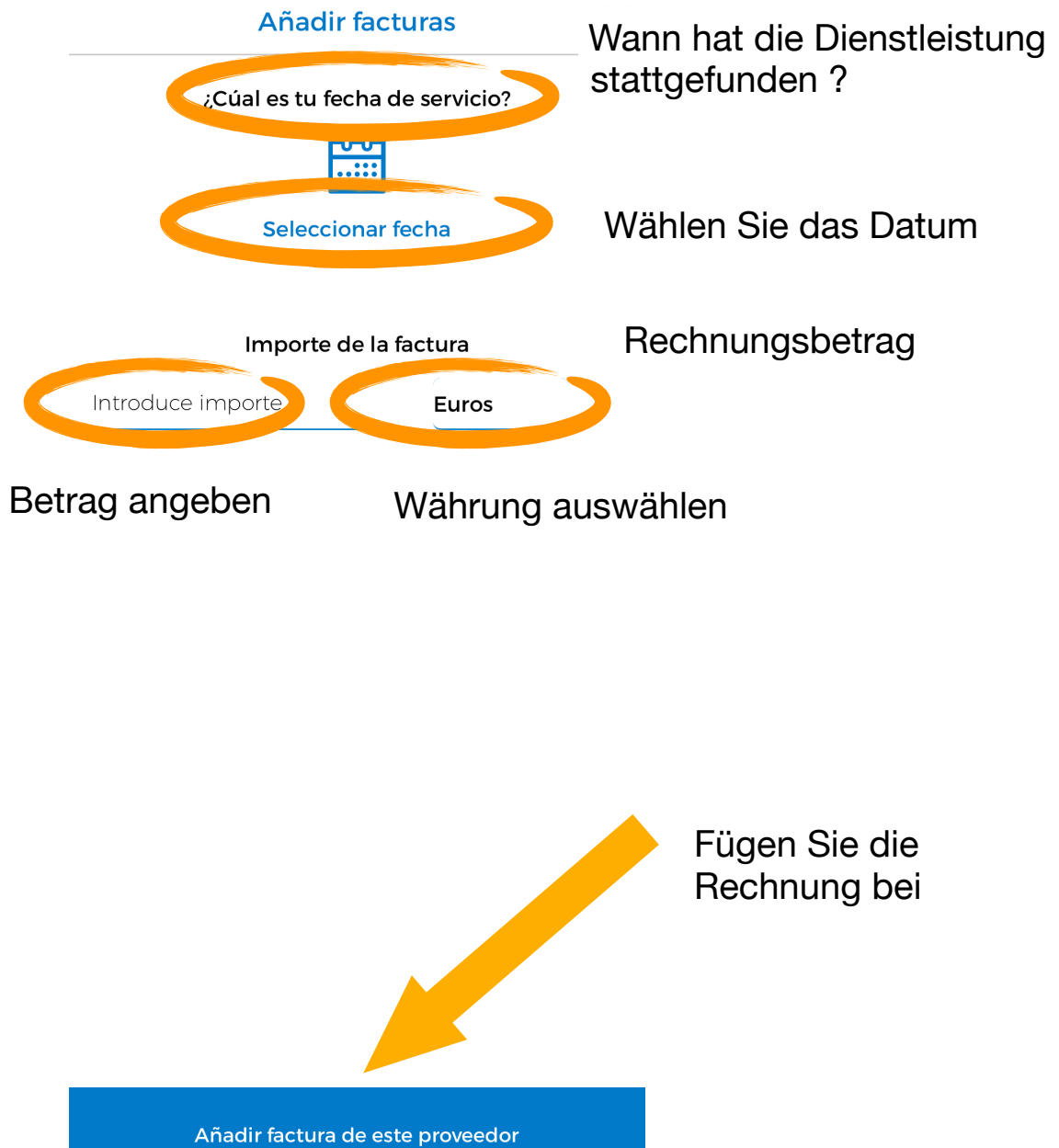
+ Añadir factura de este proveedor

Guardar como borrador = Entwurf speichern

Guardar como borrador Siguiete

Siguiete = Weiter

Der nächste Schritt beinhaltet **weitere Informationen** zu geben und die **Rechnung beizufügen**.



# Eine **weitere Rechnung beifügen** und / oder einen **Arztbericht beifügen**

## Factura

Aquí debes adjuntar la/s factura/s vinculada/s a tu solicitud. El archivo debe ser en formato JPG o PNG y no debe pesar más de 5MB. Si realizas tu solicitud por la web (no por la APP) también puedes adjuntar un PDF de hasta 5MB. Por favor, asegúrate de que la imagen que nos envías es legible, para facilitar la gestión de tu reembolso.



**Weitere Rechnung beifügen**

## Informe médico/prescripción

Aquí puedes adjuntar cualquier otra documentación que esté vinculada a tu solicitud (informe médico, prescripción, etc.) . El archivo debe ser en formato jpg o png y no debe pesar más de 5mb. Si realizas tu solicitud por la web (no por la APP) también puedes adjuntar un pdf de hasta 5mb. Por favor, asegúrate de que la imagen que nos envías es legible, para facilitar la gestión de tu reembolso.



**Arztbericht beifügen**

Guardar como borrador

Siguiente

Guardar como borrador =  
Entwurf speichern



**Siguiente = Weiter**

Überprüfen / aktualisieren Sie Ihre **Email-Adresse** und Ihre **Bankverbindung**.

**Datos de pago**

**Informe médico/prescripción**

Aquí puedes adjuntar cualquier otra documentación que esté vinculada a tu solicitud (informe médico, prescripción, etc.) . El archivo debe ser en formato jpg o png y no debe pesar más de 5mb. Si realizas tu solicitud por la web (no por la APP) también puedes adjuntar un pdf de hasta 5mb. Por favor, asegúrate de que la imagen que nos envías es legible, para facilitar la gestión de tu reembolso.

Informemedicoprescripcion1.jpg

**Email de contacto**  
email@gmail.com

**Datos de la cuenta para el reembolso**

El ingreso del reembolso se hará a la siguiente cuenta

Selecciona una cuenta bancaria

NAME  
..... 1111  
CAIXABANK, S.A.

Guardar como borrador    Confirmar reembolso



Überprüfen Sie Ihre Email-Adresse



Überprüfen Sie Ihre Bankverbindung



Guardar como borrador = Entwurf speichern

Confirmar reembolso= **Kostenrückerstattung bestätigen**