

Antwort

mhplus Betriebskrankenkasse
71632 Ludwigsburg

Kostenübernahme alternative Arzneimittel

Meine persönlichen Daten

Name

Vorname

Versicherungsnummer

Bitte erstatten Sie mir die Kosten für die alternativen Arzneimittel auf folgendes Konto:

Kontoinhaber/in

Bank

IBAN (internationale Kontonummer)

BIC (internationale Bankleitzahl)

Die Rechnung, sowie die Verordnung für die alternativen Arzneimittel liegen diesem Schreiben im Original bei.

Ort, Datum

X

Unterschrift bzw. Unterschrift des Erziehungsberechtigten