

An  
mhplus Betriebskrankenkasse  
71632 Ludwigsburg

**Kostenübernahme Lichttherapiegerät**

Meine persönlichen Daten

---

Name    Vorname    Versicherungsnummer

Bitte erstatten Sie mir meine Ausgaben für ein Lichttherapiegerät auf folgendes Konto:

---

Kreditinstitut

---

IBAN (internationale Kontonummer)

BIC (internationale Bankleitzahl)

Die Rechnung über das Lichttherapiegerät und die ärztlichen Verordnung liegen diesem Schreiben im Original bei.

---

Ort, Datum



Unterschrift