

**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  Unterschrift bzw. Unterschrift des Erziehungsberechtigten