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.

X

Ort, Datum Unterschrift