

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:

IBAN (internationale Kontonummer) Kontoinhaber/in

Bank

Die Rechnung und die Verordnung für die alternativen Arzneimittel liegen diesem Schreiben bei.

Sie erreichen mich unter

Telefon E-Mail

Datum Unterschrift

X

Hinweis zum Datenschutz: Ihre Daten erheben und verarbeiten wir auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen. Die Angaben brauchen wir, damit wir alles Notwendige für Sie in die Wege leiten. Mehr Informationen zum Verarbeiten von Daten und zu Ihren Rechten erhalten Sie unter www.mhplus.de