
Name, Vorname des Versicherten

Versicherungsnummer

Anschrift der Krankenkasse

Antrag auf Kostenerstattung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bitte ich um Kostenerstattung für das pflanzliche
Arzneimittel **Bromelaintabletten hysan®**.

Beigefügt finden Sie:

- Das Original der ärztlichen Verordnung
- Die Originalrechnung der Apotheke

Bitte überweisen Sie den Betrag an:

Name, Vorname des Kontoinhabers

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift des Versicherten

Ort, Datum



Bromelaintabletten hysan®