

**Antwort**

mhplus Betriebskrankenkasse  
71632 Ludwigsburg

**Kostenübernahme professionelle Zahnreinigung**

Meine persönlichen Daten

---

Name                                  Vorname                                  Versicherungsnummer

Bitte erstatten Sie mir die Kosten für die professionelle Zahnreinigung auf folgendes Konto:

---

Kontoinhaber/in

---

Bank

---

IBAN (internationale Kontonummer)

Die Rechnung über die durchgeführte Zahnreinigung liegt diesem Schreiben im Original bei.

---

Ort, Datum

**X**

Unterschrift