

Versichertennummer:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

Antrag auf Erstattung nicht verschreibungspflichtiger Medikamente

Sehr geehrte Damen und Herren,

wurden von einem Arzt nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel auf dem Grünen Rezept verordnet, welche ich in der Apotheke gekauft habe.

Hiermit möchte ich Sie um die Erstattung der mir angefallenen Kosten unter Beachtung der zugrundeliegenden Satzungsleistung bitten.

Die Apothekenrechnung sowie das Rezept habe ich im Original beigelegt. Bitte überweisen Sie mir den Betrag auf nachfolgendes Konto:

IBAN:

BIC:

Name des Kreditinstituts:

Name des Kontoinhabers:

Vielen Dank im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen

Anlagen

- Grünes Rezept
- Apothekenrechnung