

Geachte heer / mevrouw,

U heeft Fludrace® 31,25mcg of 62,5mcg met een Eigen Bijdrage voorgeschreven gekregen. Uw zorgverzekeraar heeft vastgesteld welk bedrag u aan Eigen Bijdrage moet betalen. De fabrikant zal de aantoonbaar betaalde Eigen Bijdrage voor dit medicijn aan u vergoeden met een maximum van € 250,- per patiënt per jaar. Dit kunt u aantonen middels een gespecificeerd overzicht van de zorgverzekeraar.

**Invulinstructie:**

1. Vul alle velden in blokletters in.
2. Voeg het gespecificeerde overzicht van de zorgverzekeraar toe (hiervoor moet u via DigiD inloggen op de website van uw zorgverzekeraar).
3. Insturen naar: TBR Nederland, Postbus 8011, 1180 LA Amstelveen. Voor vragen kunt u bellen naar 088 - 0026708.

**Snel en simpel online declareren? Ga dan naar [www.tbrnederland.nl/login-app](http://www.tbrnederland.nl/login-app)**

### Uw gegevens

Als u een online account aanmaakt, hoeft u maar één keer uw gegevens in te vullen en krijgt u sneller uitbetaald.

Voorletter(s)	Tussenvoegsel(s)	Achternaam
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straat		Huisnummer
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Postcode		Woonplaats
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mobiele nummer	E-mailadres	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
BSN	Geboortedatum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
IBAN nummer		
NL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ten name van		
<input type="text"/>		

### Uw zorgverzekeraar

Naam zorgverzekeraar	Uw relatienummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Uw declaratie Eigen Bijdrage

Let op!  
 Gespecificeerd overzicht zorgverzekeraar bijvoegen. Alleen volledig ingevulde declaratie-formulieren kunnen in behandeling worden genomen.

Declaratieoverzicht nr. Zorgverzekeraar					Naam apotheek
<input type="text"/>					<input type="text"/>
Afgifte datum	Medicijn	Sterkte	Aantal st	Medicijnkosten	Eigen Bijdrage
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Afgifte datum	Medicijn	Sterkte	Aantal st	Medicijnkosten	Eigen Bijdrage
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Afgifte datum	Medicijn	Sterkte	Aantal st	Medicijnkosten	Eigen Bijdrage
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>