

Geachte heer / mevrouw,

U heeft Signifor® 20mg 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 volledig aan u vergoeden. De maximale Eigen Bijdrage is € 250,- per patiënt per jaar. U heeft dan verder geen eigen kosten aan dit medicijn. De door de zorgverzekeraar bij u in rekening gebrachte Eigen Bijdrage kunt u aantonen middels een overzicht van de zorgverzekeraar.

**Invulinstructie:**

1. Vul alle velden in blokletters in.
2. Voeg het overzicht van de zorgverzekeraar toe.
3. Stuur het ingevulde declaratieformulier met het overzicht op in de ontvangen antwoordenvolop.  
 Voor vragen kunt u bellen naar 088 - 0026718.

**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 declaratieformulieren 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"/>