

Geachte heer / mevrouw,

U heeft Plenadren® 5 of 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 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 - 0026757.

Snel en simpel online declareren? Ga dan naar 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	Toevoeging
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postcode	Woonplaats	
<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"/>