

Geachte heer / mevrouw,

U heeft bovenstaand medicijn voorgeschreven gekregen. De zorgverzekeraar vergoedt dit medicijn (niet volledig). De leverancier heeft aan ons gevraagd om via de terugbetaalregeling de eigen bijdrage aan u te vergoeden. Om in aanmerking te komen voor de terugbetaalregeling dient u een verzoek in, voorzien van de nodige gegevens. Door een verzoek in te dienen stemt u in met verwerking van uw gegevens voor de terugbetalingsregeling. U kunt een verzoek online indienen met uw mobiele telefoon of pc via www.terugbetaalregeling.nl; dit gaat het snelst. Alternatief mag u ook dit formulier invullen en per post versturen.

Instructie:

1. Vul onderstaand formulier in blokletters in.
2. Voeg originele kwitantie toe.
3. Verstuur dit formulier met de kwitantie(s) naar: TBR Nederland, antwoordnummer 1140, 1180 VD Amstelveen (een postzegel plakken is niet nodig).
4. Na goedkeuring wordt de vergoeding zo snel mogelijk op uw bankrekening gestort.
5. **Let op!** Er is een artsenverklaring nodig voor Cholestagel®

Stap 1. UW GEGEVENS

Voorletters		BSN	<input type="text"/>
Achternaam			
Straat			
Huisnummer		Toevoeging	
Postcode	<input type="text"/>		
Plaats			
Telefoonnummer			
Geboortedatum		DD-MM-JAAR	

Stap 2. APOTHEEKGEGEVENS

Naam apotheek			
Straat			
Huisnummer		Toevoeging	
Postcode	<input type="text"/>		
Plaats			

Stap 3. BANKGEGEVENS *Vul hier gegevens in naar wie het bedrag moet worden overgemaakt*

IBAN nummer	<input type="text"/>
Ten name van	
E-mailadres	

Aantal bijgevoegde kwitanties	
Totaalbedrag patiëntenbijdrage	€ <input type="text"/>

Heeft u nog vragen over de terugbetaling, bel dan naar TBR Nederland op **088-0026765**.

Raadpleeg voor het privacybeleid van TBR en de specifieke voorwaarden voor deze terugbetaalregeling www.tbrnederland.nl