

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 de onderstaande velden in blokletters in.
2. Is de afgiftedatum van voor 1 januari 2019: Voeg de originele nota(s) van de apotheek toe.
3. Is de afgiftedatum van na 31 december 2018: Voeg de originele afrekening(en) van de zorgverzekeraar toe.
4. Verstuur dit formulier met de afrekening(en) naar: TBR Nederland, Antwoordnummer 1140, 1180 VD Amstelveen.
5. Na goedkeuring wordt de vergoeding zo snel mogelijk op uw bankrekening gestort.
6. **Let op!** Er is een Artsenverklaring nodig voor Cholestagel®

Stap 1. UW GEGEVENS

Voorletters	BSN
Achternaam	
Straat + huisnr + toevoeging	
Postcode	
Plaats	
Telefoonnummer	
Geboortedatum	DD-MM-JAAR

Stap 2. APOTHEEKGEGEVENS

Naam apotheek	
Straat + huisnr + toevoeging	
Postcode	
Plaats	

Stap 3. BANKGEGEVENS

IBAN nummer	
Ten name van	
E-mailadres	
Aantal bijgevoegde afrekeningen/Nota's	
Totaalbedrag patiënten bijdrage	€

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