

Geachte heer / mevrouw,

U heeft de Mounjaro® Kwikpen (2,5 KWIKP 10mg/2,4ml, 5 KWIKP 20mg/2,4ml, 7,5 KWIKP 30mg/2,4ml, 10 KWIKP 40mg/2,4ml of 12,5 KWIKP 50mg/2,4ml) met een Eigen Bijdrage voorgeschreven gekregen. De maximale Eigen Bijdrage is € 250,- per patiënt per kalender jaar. 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. U betaalt dan verder geen Eigen Bijdrage voor dit medicijn. De door de zorgverzekeraar bij u in rekening gebrachte Eigen Bijdrage 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 DigiID inloggen op de website of app van uw zorgverzekeraar of u kunt het overzicht telefonisch bij uw zorgverzekeraar opvragen).
3. Insturen naar: TBR Nederland, Postbus 8011, 1180 LA Amstelveen.
Heeft u vragen? Bel dan naar 088 - 0026796 (telefonisch bereikbaar van 9:00 tot 14:00 op ma t/m vrij) of vul het contactformulier in op de website.

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
<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"/>