



Met dit formulier vraagt u gemaakte medische kosten in het buitenland terug.
 Vul het formulier online in. Liever het formulier eerst printen? Vul dan dit formulier helemaal in met zwarte pen in blokletters.
 Sla het daarna op bij uw documenten. Ga naar [MijnFBTO](#) en declareer uw zorgkosten.

1 Uw klantgegevens

Naam	<input type="text"/>	Geboortedatum	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Telefoon mobiel	<input type="text"/>	Relatienummer	<input type="text"/>
E-mailadres	<input type="text"/>		

2 Informatie over de behandeling

In welk land heeft u kosten gemaakt?

Wat is er gebeurd en welke medische zorg kreeg u?

3 Overzicht van gemaakte medische kosten in het buitenland.

Tip: Voorkom vertraging, stuur alle informatie mee die u ontving van uw zorgverlener. Stuur bij geplande zorg ook de verwijzing mee.

Geboortedatum patiënt	Naam en soort zorgverlener (bijv. ziekenhuis/ huisarts/ apotheek)	Behandeldatum	Bedrag en munteenheid	Heeft u contact gehad met Eurocross?
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Valuta <input type="text"/> Bedrag <input type="text"/>	Ja nee
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Valuta <input type="text"/> Bedrag <input type="text"/>	Ja nee
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Valuta <input type="text"/> Bedrag <input type="text"/>	Ja nee
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Valuta <input type="text"/> Bedrag <input type="text"/>	Ja nee
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Valuta <input type="text"/> Bedrag <input type="text"/>	Ja nee

4 Uw verklaring

Ik verklaar dat de informatie die ik gaf klopt. Ik heb geen belangrijke informatie geheimgehouden.

Datum - -

5 Heeft u het formulier helemaal ingevuld?

Stuur uw nota in via de FBTO Zorgapp of [MijnFBTO](#). Of print dit formulier uit en stuur het op naar: FBTO Zorg, Postbus 318, 8901 BC Leeuwarden.