Eingaben löschen

Sie können dieses Formular am Computer ausfüllen: Bitte speichern Sie vorher das leere Formular auf Ihrem Computer und öffnen Sie es dort. Sie brauchen zum Ausfüllen die aktuelle Version des Adobe Reader (Gratis-Download: http://get.adobe.com/de/reader).

Invalidenversicherung

Rechnung Hilfsmittel für den Kopfbereich

Rechnungsdatum

Versicherte Person

Name, Vorname

Versichertennummer (756.xxxx.xxxx.xx)

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Rechnungssteller

Name, Vorname (falls nicht versicherte Person)

E-Mail, Telefon (bei Rückfragen)

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Abrechnung

Mitteilungs- / Verfügungsnummer

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx xxxx x)

Name, Vorname der Kontoinhaber

Strasse, Hausnummer der Kontoinhaber

Postleitzahl, Ort der Kontoinhaber

Hilfsmittel für den Kopfbereich[1] inkl. Brillen/Kontaktlinsen			
Art der Versorgung:		☐ Erstversorgung	☐ Folgeversorgung
		Tarifziffer	**Betrag in CHF**
Gesichtsepithesen IV und AHV		914.052	
Perücken IV[2]	Limite CHF 1'500.00 /Jahr	914.056	
Perücken AHV[2]	Limite CHF 1'000.00 /Jahr	914.756	
Sprechhilfegeräte IV und AHV		914.058	
Hörtraining für Cochlea-Implantatträger (auch möglich für erstmalige Hörgeräteträger) ***gemäss Tarifvereinbarung mit BHP und ARELL***	Rechnungsstellung durch Audioagogen/innen gemäss Tarifvertrag	914.059.1	
Hörtraining Spesen ***gemäss Tarifvereinbarung mit BHP und ARELL***	Rechnungsstellung durch Audioagogen/innen gemäss Tarifvertrag	914.059.2	
Brillen	Limite Gestell CHF 150.00	914.071	
Kontaktlinsen		914.072	
		Total in CHF	

Die Originalrechnung des Leistungserbringers muss in jedem Fall mit dem Formular eingereicht werden.

Bei Fremdwährungen ist die Währungsarzt deutlich zu bezeichnen.

[1] Dieses Formular gilt nicht für Augenprothesen (Tarifvertrag) und Hörgeräte (separates Rechnungsformular 300.001)

[2] Bei Perückenrechnungen ist zusätzlich zur Rechnung des Leistungserbringers der Einkaufspreis des Perückenzulieferers (Hersteller Grundmodell) zu belegen

Bemerkungen/Ergänzungen