

Rechnung Hilfsmittel für die Selbstsorge

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 die Selbstsorge, Brustprothesen und Gehhilfen			
Art der Versorgung:		<input type="checkbox"/> Erstversorgung	<input type="checkbox"/> Folgeversorgung
		Tarifziffer	Betrag in CHF
WC-Dusch- und Trockenanlagen/Sanitärzusätze		914.141	
Krankenheber		914.142	
Elektrobett Abgabe	Maximalbetrag CHF 2'500.00	914.143.1	
Elektrobett Lieferung	Maximalbetrag CHF 250.00	914.143.2	
Assistenzhund Abgabe	Pauschale CHF 12'500.00	914.146.1	
Assistenzhund Futter-/Tierarztkosten	Pauschale CHF 3'000.00	914.146.2	
Brustprothesen einseitig	Jährliche Limite CHF 500.00	914.013.1	
Brustprothesen beidseitig	Jährliche Limite CHF 900.00	914.013.2	
Krückenstöcke		914.121	
Rollatoren		914.122	

Total in CHF _____

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

Bei Fremdwährungen ist die Währungsart deutlich zu bezeichnen.

Bemerkungen/Ergänzungen
