

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 Kopfbereich¹ inkl. Brillen/Kontaktlinsen			
Art der Versorgung:		<input type="checkbox"/> Erstversorgung	<input type="checkbox"/> Folgeversorgung
		Tarifziffer	Betrag in CHF
Gesichtsepithesen IV und AHV		914.052	
Perücken IV ²	Limite CHF 1'500.00 /Jahr	914.056	
Perücken AHV	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 Währungsart deutlich zu bezeichnen.

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

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

Bemerkungen/Ergänzungen
