

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
		Datum der erbrachten Leistung oder Abrechnungsperiode	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	
Krückstöcke			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
