

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 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	
Unterhalt und Reparatur WC-Dusch- und Trockenanlagen/Sanitärzusätze		914.141.99	
Krankenheber		914.142	
Unterhalt und Reparatur Krankenheber		914.142.99	
Elektrobett Abgabe	Maximalbetrag CHF 2'500.00	914.143.1	
Elektrobett Lieferung	Maximalbetrag CHF 250.00	914.143.2	
Unterhalt und Reparatur Elektrobett		914.143.99	
Mobilitätsassistentzhund	Pauschale CHF 20'280.00	914.146.1	
Epilepsiewarnhund	Pauschale CHF 14'280.00	914.146.2	
Autismusbegleithund	Pauschale CHF 20'280.00	914.146.3	
Brustprothesen einseitig	Jährliche Limite CHF 500.00	914.013.1	
Brustprothesen beidseitig	Jährliche Limite CHF 900.00	914.013.2	
Krückstöcke		914.121	
Unterhalt und Reparatur Krückstöcke		914.121.99	
Rollatoren		914.122	
Unterhalt und Reparatur Rollatoren		914.122.99	

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
