

Rechnung für Hörgeräteversorgung

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

NIF (falls vorhanden) _____

Mitteilungs- / Verfügungsnummer _____

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx xxxx x) _____

Name, Vorname der Kontoinhaber (falls nicht Rechnungssteller) _____

Strasse, Hausnummer der Kontoinhaber _____

Postleitzahl, Ort der Kontoinhaber _____

		Betrag in CHF	Tarif Ziffer	
Hörgerät <input type="checkbox"/> Erstversorgung <input type="checkbox"/> Folgeversorgung Abgabedatum: _____ (gemäss Rechnung Verkäufer)	Erwachsene einseitig	<input type="checkbox"/> 840.00	909.01	
	Erwachsene beidseitig	<input type="checkbox"/> 1'650.00	909.02	
	AHV	einseitig	<input type="checkbox"/> 630.00	909.03
		beidseitig	<input type="checkbox"/> 1'237.50	909.03.01
	Minderjährige (von Durchführungsstelle abzurechnen)	einseitig (max. CHF 2'830.00)	<input type="checkbox"/>	909.08
	beidseitig (max. CHF 4'170.00)	<input type="checkbox"/>	909.09	
Reparatur Datum: _____	Elektronik	<input type="checkbox"/> 200.00	909.04	
	Übriges	<input type="checkbox"/> 130.00	909.05	
Batterien pro Jahr Abrechnungsperiode von: _____ bis: _____ Anzahl Jahre: _____	Erwachsene einseitig	<input type="checkbox"/> 40.00	909.06	
	Erwachsene beidseitig	<input type="checkbox"/> 80.00	909.07	
	Minderjährige	einseitig	<input type="checkbox"/> 60.00	909.10
		beidseitig	<input type="checkbox"/> 120.00	909.11
	Cochlea Implantate (CI)	einseitig	<input type="checkbox"/> 400.00	909.12
beidseitig		<input type="checkbox"/> 800.00	909.13	
Knochenverankerte/ Mittelohrimplantate	einseitig	<input type="checkbox"/> 60.00	909.14	
	beidseitig	<input type="checkbox"/> 120.00	909.15	
Dienstleistung für knochenverankerte Hörgeräte oder Mittelohrimplantate (nur wenn Hörgerät nicht in HNO-Klinik angepasst wurde und Rechnungskopie des Akustikers beigelegt wird)	Erwachsene einseitig	<input type="checkbox"/> 1'000.00	909.16.1	
	Erwachsene beidseitig	<input type="checkbox"/> 1'500.00	909.16.2	
	AHV	einseitig	<input type="checkbox"/> 750.00	909.16.5
		beidseitig	<input type="checkbox"/> 1'125.00	909.16.6
Minderjährige	einseitig	<input type="checkbox"/> 1'300.00	909.16.3	
	beidseitig	<input type="checkbox"/> 1'950.00	909.16.4	
Härtefall (gem. Mitteilung/Verfügung)	Leistungen zusätzlich zur Pauschale	<input type="checkbox"/>	909.17	

Total in CHF _____

Bitte senden Sie dieses Formular zusammen mit den **obligatorischen Beilagen** (s. Rückseite) an die zuständige IV-Stelle.

Visum der IV-Stelle:

Obligatorische Beilagen

Hörgeräteversorgung

- Hörgeräterechnung des Verkäufers mit folgenden Angaben:
 - Effektiv bezahlter Preis pro Hörgerät
 - Anzahl der verrechneten Arbeitsstunden mit Stundenansatz oder Umfang und Preis der Dienstleistung
 - Name des Hörgeräte-Herstellers, Bezeichnung des Typs, Gerätenummer oder METAS
 - Anzahl, genaue Bezeichnung und Preis von weiteren Leistungen (z.B. Ohrpassstücke)
 - Name, Unterschrift und genaue Berufsbezeichnung des Fachverantwortlichen
 - Abgabedatum des Hörsystems
 - Versichertennummer der versicherten Person

Reparaturen

Kleine Reparaturen, welche direkt vom Verkäufer durchgeführt werden, können nicht vergütet werden. Reparaturen durch den Hersteller können nach Ablauf der Garantie, frühestens ab dem zweiten Tragejahr, abgerechnet werden. Dafür sind zwingend die beiden folgenden Rechnungen beizulegen:

- Rechnungskopie des Verkäufers
- Rechnungskopie des Herstellers mit Angabe des Grundes für den Defekt (Elektronik oder anderer Defekt)

Batterien

Batteriekosten können maximal 5 Jahre rückwirkend abgerechnet werden.