

Arzt- / Zahnarztrechnung

IV-Stellennummer 1	Datum der Rechnung 2	Rechnungsnummer 3	Belegnummer 4	Versichertennummer 5
--------------------	----------------------	-------------------	---------------	----------------------

Versicherte(r): Name, Vorname, Strasse, PLZ, Ort 6	Adresse der IV-Stelle 7
Rechnungssteller(in): Name, Vorname, Strasse, PLZ, Ort 12	NIF 8 <hr/> IBAN Bank oder Post 9 <hr/> Inhaber Konto (falls nicht Rechnungssteller) 10

A. Leistungen nach Tarif				B. Medikamente und Mehrverbrauch an Verbandsmaterial (siehe Tarifiziffern 1563, 2552, 2554 und 2561)				
Datum 14	Anzahl 15	Tarifiziffer 16	Taxpunkte 17	Art und Menge 18	Preis 19			
				=	Total Taxpunkte 20	X	Taxpunktwert 21	Total B 22 = Total A 23
Name des Spitals, in welchem die Behandlung allenfalls durchgeführt wurde:				Gesamttotal				

Ist die Behandlung abgeschlossen? ja nein 26

Visum der IV-Stelle 27	Allfällige Bemerkungen 28	Nr. oder Datum der Verfügung 29
------------------------	---------------------------	---------------------------------

Zur Beachtung

Bitte diese Rechnung klar und deutlich ausfüllen. Die Verarbeitung wird dadurch vereinfacht und die Bezahlung beschleunigt.

Rechnungen für Eingliederungsmassnahmen können von der IV-Stelle nur **dann zur Auszahlung** an die Zentrale Ausgleichsstelle weitergeleitet werden, **wenn sie folgende Angaben enthalten:**

- Nummer des/der Versicherten (Feld 5)
- Datum der Verfügung oder Mitteilung (Es können keine Rechnungen entgegengenommen werden für Leistungen, für welche noch keine Verfügung oder Mitteilung vorliegt) (29)
- Die durch die Zentrale Ausgleichsstelle, 1211 Genf 28, zugeteilte NIF-Nummer (8)
- Name, Vorname und Adresse des/der Versicherten (6)
- Name, Vorname (bzw. Firma) und Adresse des Rechnungsstellers/der Rechnungsstellerin (12)
- IBAN Bank- oder Postkonto (9)

Wird die Zahlung an eine Drittstelle gewünscht:

- Inhaber Konto (falls nicht Rechnungssteller) (10)