

Informationen:
041 819 04 25
info@aksz.ch
www.aksz.ch



Gesuch um einmalige Drittauszahlung von Zahnbehandlungskosten an Zahnärztinnen und Zahnärzte

Ausgleichskasse / IV-Stelle Schwyz
Postfach 53
6431 Schwyz

1 Patient / Patientin

Versicherten-Nr.

Name / Vorname _____

Strasse / Nr. _____

Postfach _____

PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____

2 Unterschrift Patient / Patientin

Ich nehme zur Kenntnis, dass nur Rechnungen von Zahnbehandlungskosten übernommen werden, die vorgängig der Krankenkasse eingereicht und zusammen mit deren Entscheid / Leistungsabrechnung an die Ausgleichskasse Schwyz weitergeleitet werden.

Weiter nehme ich zur Kenntnis, dass die Ausgleichskasse Schwyz die Rechnung für die Zahnbehandlungskosten aufgrund dieses Drittauszahlungsgesuchs einmalig direkt der Zahnärztin oder dem Zahnarzt vergütet. Die Vergütung erfolgt nach Abzug einer allfälligen Kostenbeteiligung der Krankenkasse und/oder möglicher Kürzungen aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen der Ergänzungsleistungen. Nach Erhalt der Verfügung der Ausgleichskasse Schwyz überweise ich der Zahnarztpraxis alle nicht vergüteten Kosten.

Ort und Datum

Unterschrift Patient / Patientin

3 Zahnarztpraxis / Klinik

Name, Bezeichnung _____

Adresse _____

PLZ / Ort _____

IBAN-Nr. CH

Rechnungsdatum _____

Rechnungsbetrag _____

4 Unterschrift Zahnarztpraxis / Klinik

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Ausgleichskasse Schwyz die Rechnung für die Zahnbehandlungskosten nur direkt der Zahnärztin oder dem Zahnarzt vergüten kann, wenn die Rechnung auf den Patienten oder die Patientin ausgestellt ist. Die Vergütung erfolgt nach Abzug einer allfälligen Kostenbeteiligung der Krankenkasse und/oder möglicher Kürzungen aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen der Ergänzungsleistungen.

Ort und Datum

Unterschrift Zahnarztpraxis / Klinik