

Gesuch um einmalige Drittauszahlung von Zahnbehandlungskosten an Zahnärztinnen und Zahnärzte

SVA Schwyz
Postfach
6431 Schwyz

1 Patient / Patientin

Versicherten-Nr.

7	5	6												
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 SVA Schwyz weitergeleitet werden.

Weiter nehme ich zur Kenntnis, dass die SVA 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 SVA 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 SVA 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