

Facture destinée aux prestataires de mesures de réadaptation professionnelle (sans convention¹)

Date de la facture _____

Personne assurée

Nom, prénom _____

Numéro AVS (756.xxxx.xxxx.xx) s'il est connu _____

Rue, N° _____

Numéro postal, lieu _____

Émetteur de la facture

Nom, prénom (s'il ne s'agit pas de la personne assurée) _____

Courriel, n° de tél. (en cas de questions) _____

Rue, N° _____

Numéro postal, lieu _____

Décompte

GLN (si disponible) _____

Numéro de communication / de décision _____

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx x) _____

Nom, prénom du détenteur du compte (si ≠ émetteur de la facture) _____

Rue, N° du détenteur _____

Numéro postal, lieu du détenteur du compte _____

Date de la prestation fournie ou période de décompte	Désignation de la prestation décomptée	Quantité d'unités d'indemnisation	Chiffre tarifaire (voir communication/décision)	Tarif	Montant en CHF

Total en CHF _____

Remarques/indications complémentaires

Veuillez envoyer le présent formulaire à l'office AI compétent.

¹ Les prestataires qui ont conclu une convention ne facturent plus que par voie électronique.