

Facture

Assuré

Nom, Prénom

Numéro d'assuré (756.xxxx.xxxx.xx)

Adresse

Numéro postal, lieu

Émetteur de la facture

Nom, Prénom (si non assuré)

E-Mail, Numéro de téléphone (en cas de demandes de précisions)

Adresse

Numéro postal, lieu

Décompte

NIF (est attribué après la première facturation)

Numéro de la communication / décision

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx x)

Nom, Prénom du Titulaire de Compte (si non émetteur de la facture)

Adresse du Titulaire de Compte

Numéro postal, lieu du Titulaire de Compte

| Date des prestations dispensées ou période comptable (pour forfaits) | Désignation des prestations facturées | Nombre | Code tarifaire | Taux ou point tarifaire | Montant en CHF |
|--|---------------------------------------|--------|----------------|-------------------------|----------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Total en CHF

La facture originale, les ordonnances médicales ou les ordonnances sont à joindre à cette facture.

Visa de l'office AI:

Remarques/Compléments
