

# Facture

Date de la 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 (si disponible) \_\_\_\_\_

Numéro de la communication / décision \_\_\_\_\_

IBAN (CHxx xxxx 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** \_\_\_\_\_

Veuillez envoyer ce formulaire à l'office AI compétent.

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

Visa de l'office AI:

**Remarques/Compléments**

--