

# 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 (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**

---

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**

---

---

---

---

---