

# Facture destinée aux prestataires de mesures de réadaptation professionnelle (sans convention<sup>1</sup>)

Date de la facture

---

**Personne assurée**

Nom, prénom

---

Numéro d'assuré-e (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**

NIF ou 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.

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