

**Assurance-invalidité fédérale AI**

**Facture** pour l'allocation pour impotent (API) et supplément pour soins intenses (SSI)

|  |   |               |   |                   |   |  |   |    |
|--|---|---------------|---|-------------------|---|--|---|----|
| Date de la facture                                   | 1 | N° de facture | 2 | N° d'assuré (AVS) | 3 | N° de décision   | 4 |    |
| Assuré/e: nom, prénom, rue, NPA, localité            |   |               |   |                   | 5 | Adresse de l'office AI                                       |   | 6  |
| NIF  |   |               |   |                   | 7 | IBAN banque ou Poste   |   | 8  |
| Facture établie par: nom, prénom, rue, NPA, localité |   |               |   |                   | 9 | Titulaire du compte (si différent de l'auteur de la facture) |   | 10 |

|   |              |  |
|---|--------------|--|
| Cette facture concerne la période comptable<br>(marquer d'une croix ce qui convient) :                        | année: _____ | À adresser au terme de chaque période<br>comptable |
| janvier / février / mars<br>avril / mai / juin<br>juillet / août / septembre<br>octobre / novembre / décembre |              |  |

| La personne assurée passe la nuit | 11 | Dates (de/à)  | 12 | Nombre de nuits | 16 | Montant API         | 13 | Montant SSI | 14 | Montant en CHF | 15 |
|-----------------------------------|----|---|----|-----------------|----|---------------------|----|-------------|----|----------------|----|
| A:                                |    | À la maison dans sa famille ou dans une famille d'accueil.  |    |                 |    | 1/1 Montant         |    |             |    |                |    |
| B:                                |    | Dans une institution pour l'exécution de mesures de réadaptation de l'AI (par ex. mesures médicales) ou dans un hôpital pour un traitement dans un home/internat. |    |                 |    | 1/4 Montant         |    |             |    |                |    |
| C:                                |    | Cas particuliers  |    |                 |    | 1/4 Montant         |    |             |    |                |    |
| Total des nuits                   |    |   |    |                 | 16 | <b>Total en CHF</b> |    |             |    |                | 17 |

|   |    |  |    |
|---|----|--|----|
| Visa de l'office AI<br>(rempli par l'office AI) | 18 | Remarques éventuelles                                  | 19 |
|   |    | Téléphone/E-mail pour demandes de précisions:<br>_____ |    |

## Remarques importantes

Nous vous prions de remplir cette facture **lisiblement** (à l'encre bleue ou noire, pas au crayon) et complètement (champs marqués en gras). Cela simplifiera le traitement et permettra de procéder plus rapidement au paiement.

Si des champs sont déjà remplis, nous vous prions de vérifier si les indications sont à jour et de les corriger à la main au besoin.

Les champs suivants doivent **impérativement** être remplis :

- 1 Date d'établissement de la facture
- 3 Numéro d'assuré à 13 chiffres (sur notre correspondance ou sur le certificat s'assurance AVS/AI)
- 4 Les prestations facturées découlent d'une communication/décision valable. Vous trouverez le numéro de décision sur la communication/décision.
- 5 Nom et prénom (sur notre correspondance ou sur le certificat d'assurance AVS/AI)
- 6 Office AI compétent
- 7 Le numéro NIF ne peut pas figurer sur la première facture. Il est communiqué par écrit, après le premier paiement, par la Centrale de compensation (CdC) à Genève et doit ensuite être indiqué sur toutes les factures suivantes.
- 8 Si le numéro NIF est indiqué et que le compte n'a pas changé, ce champ ne doit pas être rempli. Mais pour la première facture ou en cas de changement de l'adresse de paiement, nous avons impérativement besoin du numéro IBAN. Vous le trouverez sur l'extrait de compte.
- 9 Les numéros NIF et IBAN doivent correspondre à l'auteur de la facture.
- 10 Si les numéros NIF et IBAN ne correspondent pas à l'auteur de la facture, par ex. parce qu'il n'y a pas de compte à son nom, le champ 10 doit impérativement être rempli (nom, prénom et adresse).
- 11 **A:** sont à indiquer ici les nuits que la personne assurée a passées à la maison.

### **Droit:**

- Allocation pour impotent d'un montant entier correspondant au degré de la communication/décision.
- Eventuel supplément pour soins intenses pour chaque jour passé à la maison correspondant au montant dans la communication/décision

### **Pas de droit:**

**B:** sont à indiquer ici les nuits passées par la personne assurée en raison de l'exécution de :

- mesures de réadaptation de l'AI (par ex. mesures médicales, formation professionnelle initiale, etc) ou
- mesures d'intervention précoce ou
- traitement des suites d'une maladie ou d'un accident à l'hôpital ou dans un établissement de cure ou
- soins et soutien dans un home ou un internat.

### **Cas particuliers :**

**C:** Ne concerne que les personnes assurées, pour lesquelles une allocation pour impotent de degré faible pour cas particuliers a été accordée, c'est-à-dire qui en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels (p. ex. très grave faiblesse de la vue) ou d'une grave infirmité corporelle nécessitent de services considérables et réguliers de tiers et ne peuvent entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux.

Sont à indiquer ici les nuits que la personne assurée a passées dans une institution ou un hôpital pour l'exécution de mesures de réadaptation de l'AI (p. ex. mesures d'ordre professionnelles, mesures médicales).

### **Droit:**

- Un quart de l'allocation pour impotent de degré faible selon la communication/décision
- Pas de supplément pour soins intenses

- 12 Indiquer ici les dates précises ou la période.
- 13 API = montant de l'allocation pour impotent selon communication/décision ou mémento actuel.
- 14 SSI = montant du supplément pour soins intenses selon communication/décision ou mémento actuel.
- 15 Prière d'indiquer le total par ligne
- 16 Additionner la colonne 16.
- 17 Additionner la colonne 15.

Champs qui peuvent être remplis **facultativement:**

- 2 Lorsque nécessité par l'auteur de la facture
- 19 Les remarques sont facultatives mais les indications d'un contact sont très pratiques en cas de questions complémentaires.