

# 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

--