

Facture

Numéro de l'office AI	1	Date de la facture	2	Numéro de la facture	3	Pièce n°	4	N° d'assuré	5
-----------------------	---	--------------------	---	----------------------	---	----------	---	-------------	---

Assuré(e) : nom, prénoms, adresse exacte, NPA, domicile	6	Office AI	7				
NIF	8	Compte postal	9	Compte postal du tiers	10	Compte bancaire du tiers	11
Créancier(ière) : nom, prénom, adresse exacte, NPA, domicile	12	Si le paiement doit être effectué auprès d'un tiers (p.ex. une banque) : nom, prénom, adresse exacte, NPA, domicile	13				

Date des prestations	Prestations	Nombre	Pos. tarif. ou code	Montant ou taux	Montant	
14	15	16	17	18	19	
					Total	20

Visa de l'office AI	21	Remarques éventuelles	22	Numero de la décision	23
---------------------	----	-----------------------	----	-----------------------	----

A observer

Prière de remplir la facture de manière complète et lisible, de préférence à la machine à écrire ou en caractères d'imprimerie. Le travail en sera simplifié et le paiement accéléré.

Pour que les factures concernant des mesures de réadaptation puissent être transmises, **pour paiement**, par l'office AI à la Centrale de compensation, **elles doivent contenir les indications suivantes :**

- Numéro d'assuré(e) (case 5)
- Date de la décision/communication (aucune facture concernant des prestations qui n'ont pas fait l'objet d'une décision/communication ne peut être acceptée) (23)
- Le numéro d'identification (NIF) attribué par la Centrale de compensation, 1211 Genève 28 (8)
- Nom, prénoms et adresse de l'assuré(e) (6)
- Nom, prénom (raison sociale) et adresse du créancier/de la créancière (12)
- Description précise des prestations (15)

Pour les factures de pharmacie :

- – Les médicaments doivent être indiqués séparément (15)
- – Les ordonnances doivent être annexées
- – Indiquer sur les ordonnances « concerne l'AI »

Pour les lunettes :

- – Accusé de réception
- – Ordonnance médicale concernant les lunettes

En cas de physiothérapie :

- – Instructions du/de la médecin avec l'indication « concerne l'AI »

En cas de remboursement de frais :

- – Annexer les pièces justificatives originales
- – Montant total (s'il était libellé en devises étrangères, indiquer expressément le genre de devises) (20)

Si le paiement doit être effectué auprès d'un tiers :

- Nom et adresse du tiers (13)
- Numéro du compte ouvert auprès du tiers (11)
- Compte postal du tiers (10)

Il y a lieu d'utiliser la formule :

- 318.632.1. pour les frais de déplacement
- 318.632.2. pour les contributions aux soins spéciaux à des mineur(e)s impotent(e)s
- 318.632.3. pour les frais de soins à domicile
- 318.631 pour les prestations médicales/dentaires « facture du/de la médecin/médecin dentiste »