

Facture

Date de la facture

Assuré

Nom, Prénom

Numéro d'assuré (756.xxxx.xxxx.xx)

Adresse

Numéro postal, Localité

Émetteur de la facture

Nom, Prénom (si non assuré)

E-Mail, Numéro de téléphone (en cas de demande de précisions)

Adresse

Numéro postal, Localité

Décompte

NIF (est attribué après la première facturation)

Numéro de la communication / décision

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx xxxx x)

Nom, Prénom du Titulaire du compte (si non émetteur de la facture)

Adresse du Titulaire de compte

Numéro postal, Localité

Date des prestations dispensées ou période comptable (pour forfaits)	Désignation des prestations facturées	Nombre	Montant en EUROS

Total en EUROS

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

--