

Facture de frais de déplacement

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/nombre de courses (détails au verso)	14	Raison du déplacement	15	Parcours	16	Prix du billet simp	17	aller	ret.	Nombre de km en voiture privée aller et retour	18	total km	Indemnité kilométr.19	Montant	20
				de											
				à											
				de											
				à											
				de											
				à											
				de											
				à											
				de											
				à											

Date/nombre voir au verso	21	Indemnité pour les repas (viatique) et pour le logis	22	Taux	23	Montant	24
		• Durée de l'absence du lieu de domicile :	heures				
		• Durée de l'absence du lieu de domicile :	heures				
		• Indemnité pour la nuit :					

Total 25

Visa de l'office AI	26	Remarques éventuelles	27	N° ou date de la décision	28
---------------------	----	-----------------------	----	---------------------------	----

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) (28)
- 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)

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)

Détail des dates