A lire avant de remplir le formulaire:

Assurance-invalidité fédérale AI

Facture Tarmed (non valable pour la facturation électronique)

Numéro de l'office AI	Date de la facture	Numéro de la facture	Numéro d'assuré (AVS)	Numéro de la décision

Assuré(e): nom, prénoms, adresse exacte, NPA, domicile	Office AI	
Créancier(ière): nom, prénom, adresse exacte, NPA, domicile	NIF	EAN Créancier(ère)
	IBAN banque ou poste	
	Détenteur du compte (au cas où il ne s'agit pas de celui qui a établi la facture)	

Prestations selon tarif

Date	Date de la prestation	**Tarif**	Code tarifaire	**ChTar**	Chiffre tarifaire	**ChRef**	Chiffre référence
Se	Séance	**Qté**	Quantité	**PtM**	Points médicaux / Prix	**VPtM**	Valeur de point médical
PtT	Points techniques	**VPtT**	Valeur de point technique	**Montan**	Montant de la prestation		

Date	Tarif	ChTar	ChRef	Se	Qté	PtM	VPtM	PtT	VPtT	Montant
										CHF
										CHF
										CHF
										CHF
										CHF
										CHF
										CHF
										CHF
										CHF
										CHF
										CHF
										CHF
Total prestations:										CHF

Médicaments

Date	Qté	Nature	Montant
		Total médicaments:	

Total prestations:	CHF
Total médicaments:	CHF
Montant total:	CHF

Visa de l'Office AI (date, signature, tampon):

Diagnostic: _____

Observations: _____

_____

_____

_____

Effacer **Imprimer**