

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	
	Détenant 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

Total prestations:

Médicaments

Date	Qté	Nature	Montant

Total médicaments:

Total prestations:

Total médicaments:

Montant total:

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

Diagnostic: _____

Observations: _____

