



# Facture Tarmed

Date de la facture

**Assuré**

Nom, Prénom

Numéro d'assuré (756.xxxx.xxxx.xx)

Adresse

Numéro postal, lieu

**Émetteur de la facture**

Nom, Prénom (si non assuré)

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

Adresse

Numéro postal, lieu

Sur mandat de

**Décompte**

NIF (est attribué après la première facturation)

Numéro de la communication / décision

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx x)

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

Adresse du Titulaire de Compte

Numéro postal, lieu du Titulaire de Compte

Date de la prestation	Chiffre tarifaire	Séance	Quantité	Montant en CHF

Les expertises neuropsychologiques peuvent être facturées selon le tarif pour les prestations neuropsychologiques.

**Total en CHF**

\_\_\_\_\_

Remarques/Compléments/Justification de l'effort accru

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Veuillez envoyer ce formulaire à l'office AI compétent.

Visa de l'office AI: