

→ Pour donner droit à indemnisation, ce document doit être correctement rempli, signé et retourné par courriel à l'adresse : [remboursements@animomut.fr](mailto:remboursements@animomut.fr)

Toute feuille de soins mal remplie, sans signature et non accompagnée de la facture correspondante, ne sera pas traitée.

Afin d'éviter tout retard dans le traitement de votre dossier, veuillez à bien renseigner l'ensemble des champs ci-dessous Partie à remplir par le vétérinaire

L'ANIMAL		ESPÈCE :	<input type="checkbox"/> CHIEN	<input type="checkbox"/> CHAT
Nom de l'animal : .....		N° d'identification : .....		
<input type="checkbox"/> ACCIDENT	Date de l'accident : ..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> PRÉVENTION		
<input type="checkbox"/> MALADIE	Date 1 <sup>ers</sup> symptômes : ..... / ..... / .....	→	<input type="checkbox"/> Aiguë	<input type="checkbox"/> Chronique
<input type="checkbox"/> Nécessite un acte chirurgical				
Nature / Description de l'accident ou maladie : .....				
.....				
.....				
.....				
MOTIF de la consultation	<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> visite	Date : ..... / ..... / .....		
	<input type="checkbox"/> Visite de suivi	Date : ..... / ..... / .....      Date de visite initiale : ..... / ..... / .....		
Facture acquittée N° : .....		Montant TTC : ..... € *		
NOM du vétérinaire et N° Ordinal : .....				

\* Joindre la facture détaillée, sur base du tableau au verso  
En absence de dite facture, veuillez s.v.p. le compléter.

- J'ai vérifié l'identité de l'animal.
- Je certifie la véracité des données médicales et des frais engagés.
- Je certifie que l'ensemble des soins ont été réglés.

*Date, Signature et Cachet du vétérinaire (obligatoire)*

Partie à remplir par l'adhérent

L'ADHÉRENT	
Nom Prénom : .....	N° de contrat : .....
En cas d'accident, <u>décrire précisément</u> les faits et les personnes impliquées (ou sur papier libre) : .....	
.....	
.....	
.....	
<input type="checkbox"/> Je joins les justificatifs correspondants (ordonnances, factures du vétérinaire, pharmacie et laboratoire).	Date : ..... / ..... / .....
<input type="checkbox"/> S'il s'agit de ma 1 <sup>ère</sup> demande de remboursement, je joins obligatoirement le certificat d'identification et la photocopie du carnet de vaccination.	<i>Signature de l'adhérent</i>
<input type="checkbox"/> Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le recto et le verso de la présente feuille de soins et reconnais savoir que toute déclaration frauduleuse pourra entraîner la déchéance de tout droit à indemnité.	

## DÉTAIL DES FRAIS ENGAGÉS

À compléter uniquement en cas d'absence de facture détaillée !

NATURE des frais engagés	Observations - Précisions - Commentaires	Date	Montant TTC
<b>FRAIS MÉDICAUX</b>			
Visite, consultation, soins		..... / ..... / .....	
Pharmacie		..... / ..... / .....	
Radiothérapie/Chimiothérapie		..... / ..... / .....	
Transport en ambulance animalière		..... / ..... / .....	
<b>FRAIS CHIRURGICAUX</b>			
Examen pré et post opératoire		..... / ..... / .....	
Frais liés à l'acte opératoire		..... / ..... / .....	
Frais d'hospitalisation		..... / ..... / .....	
<b>FRAIS DE DIAGNOSTIC</b>			
Analyses, examens et laboratoire		..... / ..... / .....	
Radiographie/Échographie		..... / ..... / .....	
<b>AUTRES FRAIS</b>			
Stérilisation		..... / ..... / .....	
Détartrage		..... / ..... / .....	
Euthanasie, inhumation, crémation		..... / ..... / .....	
Prévention ( <i>vaccins, vermifuges antiparasitaires</i> )		..... / ..... / .....	
<b>TOTAL</b>			

*Date, Signature et Cachet du vétérinaire (obligatoire)*

Partie à remplir par le **laboratoire** ou la **pharmacie**

Actes ou produits prescrits par le vétérinaire et délivrés par le pharmacien ou le laboratoire, ou numéro de facture associée *	Date	Montant TTC
	..... / ..... / .....	
	..... / ..... / .....	
	..... / ..... / .....	

\* Joindre une copie de l'ordonnance

*Cachet du pharmacien ou laboratoire (obligatoire)*