



FEUILLE DE SOINS VETERINAIRE

Pour un remboursement rapide :

- ✓ Remplissez soigneusement votre feuille de soins
- ✓ Joignez vos justificatifs (factures, ordonnances)
- ✓ Faites votre demande via votre espace client

Comment remplir votre feuille de soins ?

- 1 Complétez, datez et signez la page 1 de cette feuille de soins.
2. Faites remplir les informations concernant le vétérinaire, le praticien ou laboratoire, sur la page 2.
3. S'il y a lieu, collez les vignettes des médicaments prescrits sur l'emplacement prévu en page 2.
4. Renvoyez votre feuille de soins ainsi complétée **via votre espace client pour un traitement plus rapide** ou par courrier à :

MILLIGESTION / Animal Assur - 1 Bis Boulevard Faidherbe - 59400 Cambrai

Sans oublier de joindre l'ordonnance, la ou les factures correspondantes.



A remplir par le propriétaire

N° de contrat	
Nom	
Prénom	
Adresse	
Code postal	
Ville	
Tél	
mail	

Nom de votre animal	
Race	
Sexe	
Date de naissance	
Numéro de tatouage ou identification	

Le/...../.....

Signature du souscripteur

Je certifie sur l'honneur que les renseignements ci-dessus sont exacts et reconnais savoir que toute déclaration frauduleuse pourra entraîner la déchéance de tout droit à indemnité.



A remplir par le pharmacien ou le laboratoire

Médicaments prescrits par le vétérinaire et délivrés par le pharmacien		
Nom du médicament	Quantité	Montant

Signature du pharmacien (**indispensable**)

Cachet du pharmacien (**indispensable**)

Animal Assur -11square de Tanouarn - RENNES



02 98 94 87 88



vousconseiller@animal-assur.fr



animal-assur.fr



A remplir par votre vétérinaire

Nom de l'animal

N° d'identification ou de tatouage

Motif de la consultation (en cas d'accident ou de maladie)

<input type="checkbox"/> Accident	Date de l'accident :	<input type="checkbox"/> 1ère visite <input type="checkbox"/> Visite de suivi	Nature de l'accident
<input type="checkbox"/> Maladie	Date des 1 ^{ers} symptômes :	<input type="checkbox"/> 1ère visite <input type="checkbox"/> Visite de suivi	Nom de la maladie ou diagnostic : <input type="checkbox"/> Aigue <input type="checkbox"/> Chronique <input type="checkbox"/> Nécessite un acte chirurgical

Nature	Précisions commentaires	Date	Montant TTC
Frais médicaux			
Visites, consultation			
Soins			
Pharmacie / médicaments	Désignation	Quantité	
Frais d'hospitalisation			
Transport en ambulance animalière			
Radiologie/chimiothérapie			
Frais chirurgicaux			
Examen pré et post opératoire			
Frais d'hospitalisation suite à une chirurgie			
Frais de diagnostic			
Analyses			
Radiologie, échographie			
Autres frais			
Stérilisation			
Vaccin			
Détartrage			
Phytothérapie			
Produits d'hygiène			
Vermifuges			
Bilan de santé			
Anti-puces/tiques			
Euthanasie			

Je soussigné(e) _____ vétérinaire, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et prends note qu'ils peuvent éventuellement être vérifiés par le vétérinaire conseil de l'Assureur. Le / /

TOTAL TTC

Signature du vétérinaire (**indispensable**)

Cachet du vétérinaire (**indispensable**)



02 98 94 87 88



votreconseiller@animal-assur.fr



animal-assur.fr