

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

Partie à remplir concernant le **souscripteur**

N° de police :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél :

E-mail :

Partie à remplir concernant **l'animal**

Nom de l'animal assuré :

Race :

Sexe :  M  F

Date de naissance :

Numéro d'identification ou de tatouage :

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.

### 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 à : **Anim Ô Mut - CS 30020 - 59401 CAMBRAI CEDEX**

**Sans oublier de joindre la ou les factures correspondantes.**

Vous recevrez une nouvelle feuille de soins par retour de courrier.

N° de police : \_\_\_\_\_

## Partie à compléter par le 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"/> 1 <sup>ère</sup> visite <input type="checkbox"/> Visite de suivi	Nature de l'accident :
<input type="checkbox"/> Maladie	Date des 1 <sup>ers</sup> symptômes :	<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> visite <input type="checkbox"/> Visite de suivi	Nom de la maladie ou diagnostic : <input type="checkbox"/> Aiguë <input type="checkbox"/> Chronique <input type="checkbox"/> Nécessite un acte chirurgical

Nature	Précisions / Commentaires		Date	Montant TTC
<b>► Frais médicaux</b>				
A02 . Visites, consultation				
A03 . Soins				
A07 . Pharmacie/médicaments	Désignation	Quantité		
A06 . Frais d'hospitalisation				
A46 . Transport en ambulance animale				
A45 . Radiologie/chimiothérapie				
<b>► Frais chirurgicaux</b>				
A04 . Examen pré et post opératoire				
A08 . Chirurgie				
A50 . Frais d'hospitalisation suite à une chirurgie				
<b>► Frais de diagnostic</b>				
A05 . Analyses				
A51 . Radiologie, échographie				
<b>► Autres frais</b>				
A15 . Stérilisation				
A01 . Vaccin				
A18 . Détartrage				
A55 . Phytothérapie				
A56 . Produits d'hygiène				
A53 . Vermifuges				
A54 . Bilan de santé				
A57 . Anti-puces/tiques				
A10 . Euthanasie				
			<b>TOTAL</b>	

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.

Signature du vétérinaire : \_\_\_\_\_

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

Cachet du vétérinaire (**indispensable**)

## Partie à compléter par le pharmacien ou le laboratoire

### Médicaments prescrits par le vétérinaire et délivrés par le pharmacien

Nom du médicament	Quantité	Montant

Signature du pharmacien ou du laboratoire

Cachet du pharmacien ou du laboratoire