

FEUILLE DE SOINS

VOTRE N° DE CONTRAT : _____

01 À REMPLIR PAR LE VÉTÉRINAIRE

Nom du propriétaire : _____ Nom de l'animal : _____
N° d'identification : _____

MOTIF DE LA CONSULTATION

1^{re} visite pour ce problème Urgence

Accident Survenu le : _____
 Maladie Date d'apparition des 1^{ers} symptômes : _____
 Visite de suivi Date des visites antérieures liées à ce problème : _____

Commentaires : _____

HYPOTHÈSE(S) DIAGNOSTIQUES

Aigu Commentaires : _____
 Chronique

FRAIS ENGAGÉS ET PAYÉS PAR LE PROPRIÉTAIRE AU VÉTÉRINAIRE

À COCHER	OBSERVATIONS - PRÉCISIONS - COMMENTAIRES	MONTANT TTC
A - Consultations	Dates : _____	A - _____
B - Injection(s)		B - _____
C - Analyses complémentaires	Natures des analyses : _____	C - _____
D - Radiographies/Echographies	Nombres de jours : _____	D - _____
E - Hospitalisations		E - _____
F - Anesthésie	Nature de l'acte : _____	F - _____
G - Chirurgie/Soins divers		G - _____
H - Médicaments fournis par le vétérinaire	NOM DÉPOSÉ QUANTITÉ Montant TTC	H - _____
TOTAL PAYÉ		XPF

Je soussigné(e), _____ vétérinaire, certifie l'exactitude des informations fournies ci-dessus.

Fait à : _____ Le : _____
Tampon du vétérinaire (indispensable) : _____ Signature du vétérinaire : _____

02 À REMPLIR PAR LE PHARMACIEN OU LE LABORATOIRE D'ANALYSES

Merci de joindre les documents ci-dessous : Tampon du pharmacien ou du laboratoire (indispensable)

Original de l'ordonnance du vétérinaire
 Original de la facture du pharmacien et/ou du laboratoire

Page 1

Votre vétérinaire
Remplit le formulaire en page 1 et vous fournit la facture acquittée détaillée du même montant que la feuille de soin.

DÉCLARATION DE SINISTRE ACCIDENT

01 COORDONNÉES DU SOUSCRIPTEUR

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Téléphone : _____ Email : _____

02 COORDONNÉES DU PROPRIÉTAIRE DE L'ANIMAL SI DIFFÉRENT

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Âge : _____ Lien de parenté avec le souscripteur : _____

03 L'ANIMAL

Chien Chat
Nom usuel : _____ Race ou type : _____
N° de tatouage : _____ N° de puce : _____

04 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LE SINISTRE

Date du sinistre : _____

Circonstances précises et causes présumées du sinistre : _____

le son livret, LOF)
ant n° de tatouage

Page 2

Page 3

Vous
Remplissez le formulaire en page 2 et 3

Et rendez-vous sur le site anset.pf
Mes démarches en ligne
"Transmettre ma feuille de soins chiens-chats"

NE PAS OUBLIER DE JOINDRE LES PIÈCES JUSTIFICATIVES :

- La facture acquittée détaillée du même montant que la feuille de soin
- L'ordonnance de votre vétérinaire (si prescription de médicaments, analyses médicales en laboratoire, ou soins chez un autre professionnel de santé animale, des suites d'un accident ou maladie)

Pour traiter votre demande de remboursement, la feuille de soin doit être entièrement remplie, signée et accompagnée de toutes les pièces relatives au problème de santé.

Vous disposez de 5 jours pour créer votre demande de remboursement à compter de la date de votre visite chez le vétérinaire. Veillez à bien remplir toutes les informations.

Selon votre contrat vous serez couvert pour tout problème de santé (accident et maladie) qui surviendrait hors délais de carence et après votre date de souscription. Nos délais de carence sont personnalisables lors de la souscription de 7 à 60 jours. Les délais doivent être révolus lors de l'apparition du problème de santé afin de bénéficier d'une prise en charge. Ils sont calculés à partir de la date de souscription.