fma.

ASSURANCE ANIMAUX
# ANI'PROTECT

**POUR CHIENS & CHATS**
*à partir de 3 mois*



# FEUILLE DE SOIN

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

## PARTIE À REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

Numéro d'adhésion : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Adresse mail (obligatoire) : .....

## CONCERNANT L'ANIMAL

Nom de l'animal : .....

Race : ..... Sexe : ☐ M ☐ F

Taille : ..... Couleur : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

N° d'identification ou tatouage : .....

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 :
**Organisme gestionnaire + service + adresse**
Sans oublier de joindre la ou les factures correspondantes
Vous recevrez une nouvelle feuille de soins par retour de courrier.

Le : ..... / ..... / .....

Signature du souscripteur

Nos services sont joignables : Du lundi au vendredi, de 9h00 à 17h00 au 04 67 17 90 80 (coût de l'appel)

## PARTIE À REMPLIR PAR LE VÉTÉRINAIRE

Nom de l'animal : .....

N° d'identification ou tatouage : .....

### MOTIF DE LA CONSULTATION

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Accident | Date : | ☐ 1ère visite<br>☐ Visite de suivi | Nature de l'accident : |
| ☐ Maladie | Date des 1ers symptômes : | ☐ 1ère visite<br>☐ Visite de suivi | Nom de la maladie ou diagnostic : ☐ Aiguë<br>☐ Chronique ☐ Nécessite un acte chirurgical |
| ☐ Vaccination<br>☐ Stérilisation<br>☐ Détartrage<br>☐ Bilan de santé | Date : | Type de vaccin : | |

| NATURES | | PRÉCISIONS / COMMENTAIRES | DATE | MONTANT TTC |
|---|---|---|---|---|
| Consultation | | | | |
| Injections / Perfusion | | | | |
| Analyses complémentaires | | | | |
| Radiographies / Echographies | | | | |
| Hospitalisation | | | | |
| Anesthésie | | | | |
| Chirurgie / Soins divers | | | | |
| Médicaments délivrés* | | | | |
| Désignation | Quantité | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Produit antiparasitaire | | | | |
| Aliment diététique | | | | |
| | | | TOTAL | |

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.

## PARTIE À REMPLIR PAR LE PHARMACIEN OU LE LABORATOIRE

### MÉDICAMENTS PRESCRITS PAR LE PHARMACIEN OU LE LABORATOIRE

| Nom du médicament | Quantité | Montant |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

Le : ..... / ..... / .....

Signature du souscripteur

Cachet du vétérinaire

Signature du pharmacien ou du laboratoire

Cachet du pharmacien ou du laboratoire