

## FEUILLE DE SOINS / DEMANDE DE REMBOURSEMENT

- A nous transmettre sous un délai de un mois maximum à compter de la date de facture.
- Pour donner droit à indemnisation, ce document doit être correctement rempli, signé et retourné de la manière suivante :
  1. via votre espace client
  2. par email à l'adresse suivante : [remboursement@fidelamisante.com](mailto:remboursement@fidelamisante.com)
  3. par courrier : HCDM ASSURANCES - 17 bd Mont d'Est - 93160 NOISY LE GRAND

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

**L'ANIMAL**      ESPÈCE :     CHIEN     CHAT

**Partie à remplir par le vétérinaire**

Nom de l'animal : .....      N° d'identification : .....

MOTIF de la consultation :     1ère visite    Date : ..... / ..... / .....     Visite de suivi    Date : ..... / ..... / .....

Date de visite initiale : ..... / ..... / .....

ACCIDENT :     Date de l'accident : ..... / ..... / .....

PREVENTION :

MALADIE :     Date 1ers symptômes : ..... / ..... / .....    →    Aiguë     Chronique     Nécessite un acte chirurgical

Nature / Description de l'accident ou maladie : .....

.....

.....

**MONTANT TTC TOTAL TTC**

.....€

Facture acquittée N° : .....

NOM du vétérinaire et N° Ordinal : .....

Joindre la facture détaillée

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)**

Date : ..... / ..... / .....

**L'ADHÉRENT**

**Partie à remplir par l'adhérent**

Nom Prénom : .....      N° de contrat : .....

En cas d'accident, décrire précisément les faits et les personnes impliquées (ou sur papier libre) : .....

.....

Je joins les justificatifs correspondants (ordonnances, factures du vétérinaire, pharmacie et laboratoire)

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur l'intégralité de ce document, et reconnais savoir que toute déclaration frauduleuse pourra entraîner la déchéance de tout droit à indemnité.

Date : ..... / ..... / .....

**Signature de l'adhérent**

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

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

**Cachet du pharmacien ou laboratoire (obligatoire)**

\* Joindre une copie de l'ordonnance et de la facture acquittée