

# FORMULAIRE DE REMBOURSEMENT SOINS DE BIEN-ÊTRE

## À remplir par les membres :

VOTRE NUMÉRO DE POLICE : \_\_\_\_\_

NOM DE VOTRE ANIMAL : \_\_\_\_\_

VOTRE NOM : \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : (     ) \_\_\_\_\_

COURRIEL: \_\_\_\_\_

SIGNATURE \_\_\_\_\_

**Avis** : Les renseignements recueillis sur le présent formulaire, qui concernent votre animal de compagnie et vous-même, ainsi que les autres informations demandées au titre de la présente demande de règlement sont exigés par Pets Plus Us, division de PTZ Insurance Services Ltd., aux fins d'assurance. Pets Plus Us s'en servira notamment pour évaluer votre demande de règlement et, si celle-ci est approuvée, traiter le versement de vos indemnités. En fournissant votre adresse courriel, vous consentez expressément à ce que nous communiquions avec vous par courriel des informations concernant l'assurance pour animaux de compagnie.

**Déclaration** : Je déclare que tous les détails fournis dans la présente demande de remboursement sont véridiques et exacts. J'autorise également mon médecin vétérinaire traitant à divulguer, sur demande, les dossiers médicaux de mon animal de compagnie aux représentants d'assurance maladie pour animaux de compagnie de Pets Plus Us,

DATE (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

## À remplir par le vétérinaire fournissant les soins :

Veillez indiquer quelles procédures de bien-être ont été fournies au cours de la visite d'aujourd'hui.

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="radio"/> Annuel                                 | <input type="radio"/> Castration/ovariectomie                 | <input type="radio"/> Hémogramme  | <input type="radio"/> Médicaments préventifs contre le ver du cœur et les puces |
| <input type="checkbox"/> 1 <sup>re</sup> injection de rappel | <input type="radio"/> Micropuce                               | <input type="radio"/> Analyse d'urine                                       | <input type="radio"/> Médicaments contre le ver du cœur (seulement)             |
| <input type="checkbox"/> 2 <sup>re</sup> injection de rappel | <input type="radio"/> Coupe des griffes                       | <input type="radio"/> Coproscopie pour rechercher les parasites intestinaux | <input type="radio"/> Médicaments préventifs contre les puces (seulement)       |
| <input type="checkbox"/> 3 <sup>re</sup> injection de rappel | <input type="radio"/> Nettoyage dentaire                      | <input type="radio"/> Analyse de sang pour le ver du cœur                   | <input type="radio"/> Vermifugation contre les parasites intestinaux            |
|  | <input type="radio"/> Examen semestriel pour les animaux âgés |   |   |

- JE CONFIRME QUE LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS SONT, À MA CONNAISSANCE, VRAIS À TOUS LES ÉGARDS

\_\_\_\_\_  
**NOM DU VÉTÉRINAIRE TRAITANT** (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

\_\_\_\_\_  
**SIGNATURE**

\_\_\_\_\_  
**DATE (jj/mm/aaaa)**

**CACHET DE LA CLINIQUE :**

**Télécopieur : 1-855-456-7387 – Aucune page couverture n'est requise.**

**Vous avez des questions? Appelez 1-800-364-8422**



# LISTE DE CONTRÔLE POUR LE FORMULAIRE DE REMBOURSEMENT

**Afin de traiter votre demande de remboursement rapidement, veuillez-vous assurer de ce qui suit :**

- Veuillez-vous assurer que le formulaire est complètement rempli et signé par vous, ainsi que le vétérinaire traitant.
- Veuillez inclure toutes les factures et tous les reçus pertinents qui se rapportent à cette demande de remboursement.
- Tout formulaire incomplet, reçu et facture manquante peuvent retarder le remboursement.

## CONSEILS POUR LES MEMBRES

- Soumettez un (1) formulaire de demande de remboursement pour chaque animal.
- Si vous envoyez ce formulaire et les reçus par la poste, veuillez en conserver une copie pour vos dossiers.
- Veuillez soumettre ce formulaire en temps opportun, puisque toutes les demandes de remboursement doivent nous être envoyées dans les 6 mois qui suivent le traitement pertinent.
- Dans le cadre de cette demande de remboursement, vous êtes responsable de ce qui suit :
  - Tous les frais vétérinaires qui ne se rapportent pas aux options de bien-être particulières que vous aviez préalablement choisies avec votre régime.
- Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, appelez-nous au 1 800 364-8422 et nous nous ferons un plaisir de vous aider

## CONSEILS POUR LES VÉTÉRINAIRES

- Veuillez indiquer, en cochant la case pertinente, les
- procédures de bien-être que vous avez fournies aujourd'hui.
- Veuillez fournir à votre client un reçu ou une facture lisibles et détaillés.

## TROIS FAÇONS POUR DEMANDER UN REMBOURSEMENT

1. Télécopieur : 1-855-456-7387 – *Aucune page couverture n'est requise.*
2. Envoyez votre demande de remboursement et tous les reçus pertinents par la poste à : Pets Plus Us  
710 Dorval Dr., Suite 400  
Oakville, (Ontario) L6K 3V7
3. Email: [submissions@petsplusus.com](mailto:submissions@petsplusus.com)  
*Envoyez le fichier en format PDF ou JPEG par courriel. Utilisez un seul moyen d'envoi, car les demandes en double retarderont le traitement.*

