



**Mon Gustave**  
le comparateur #malin



**Goodflair**  
L'assurance santé animale Feel Good



**Assurance Animaux**

**Feuille de soins animaux**

**Comparez les offres**

**[www.mongustave.fr](http://www.mongustave.fr)**

# Ma feuille de soins

Afin d'obtenir rapidement le remboursement des frais de santé de votre compagnon, merci de faire compléter et signer cette feuille de soins par votre docteur vétérinaire, avant de le faire à votre tour. Ensuite, transmettez-la nous, accompagnée de la ou des facture(s) acquittée(s) et de l'ordonnance éventuelle, si prescription il y a.

## Identification du propriétaire et de l'animal



Prénom, Nom du propriétaire



Nom de l'animal



N° d'identification

## À remplir par le vétérinaire

### Motifs de la consultation

**Accident**

Date de l'accident : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Circonstances de l'accident : \_\_\_\_\_

**Maladie**

Date des 1<sup>ers</sup> symptômes : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Sagit-il d'une maladie d'origine congénitale ou héréditaire ?

Oui

Non

**Autres**

Bilan annuel

Détartrage

Vaccins

Stérilisation

Antiparasitaires

\_\_\_\_\_

### Diagnostic

Nom du vétérinaire : \_\_\_\_\_

Numéro ordinal : \_\_\_\_\_

J'ai vérifié l'identité de l'animal et je certifie la véracité des données médicales et des frais engagés.

Date de la visite : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Montant TTC : \_\_\_\_\_

Ce montant doit être identique au montant de la facture acquittée détaillée de la consultation.

Signature & cachet du vétérinaire : \_\_\_\_\_

## À remplir par le propriétaire

En signant la présente demande de remboursement, je déclare :

- Avoir pris connaissance des informations indiquées par mon vétérinaire et des conditions de remboursement de Goodflair.
- Certifier l'exactitude de l'ensemble des informations portées sur ce document.

Toute fausse déclaration intentionnelle relève des articles 313-1 et 441-1 du Code Pénal.

Nom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

## Pour vous faire rembourser, rien de plus simple !

Transmettez-nous votre demande :



Sur votre Espace  
membre :  
app.goodflair.com



Par email :  
contact@goodflair.com



Par courrier :  
Goodflair - BP 30376  
44816 Saint-Herblain Cedex

## Ma feuille de soins

Afin d'obtenir rapidement le remboursement des frais de santé de votre compagnon, merci de faire compléter et signer cette feuille de soins par votre docteur vétérinaire, avant de le faire à votre tour. Ensuite, transmettez-la nous, accompagnée de la ou des factures acquittées et de l'ordonnance éventuelle, si prescription il y a.

### Identification du propriétaire et de l'animal

Prénom, Nom du propriétaire

Nom de l'animal

N° d'identification

### À remplir par le vétérinaire

#### Motifs de la consultation

Accident  
Date de l'accident : / /  
Circonstances de l'accident : \_\_\_\_\_

Maladie  
Date des 1<sup>ers</sup> symptômes : / /  
S'agit-il d'une maladie d'origine congénitale ou héréditaire ?  
 Oui  Non

Autres  
 Bilan annuel  Détartrage  
 Vaccins  Stérilisation  
 Antiparasitaires

#### Diagnostic

#### Nom du vétérinaire :

J'ai vérifié l'identité de l'animal et je certifie la véracité des données médicales et des frais engagés.

Date de la visite : / /

Montant TTC : / /

Ce montant doit être identique au montant de la facture acquittée détaillée de la consultation.

Signature & cachet du vétérinaire :

### À remplir par le propriétaire

En signant la présente demande de remboursement, je déclare :

- Avoir pris connaissance des informations indiquées par mon vétérinaire et des conditions de remboursement de Goodflair.
- Certifier l'exactitude de l'ensemble des informations portées sur ce document.

Nom : \_\_\_\_\_  
Date : / /  
Signature : \_\_\_\_\_

Toute fausse déclaration intentionnelle relève des articles 313-1 et 441-1 du Code Pénal.

### Pour vous faire rembourser, rien de plus simple !

Transmettez-nous votre demande :



Sur votre Espace membre :  
[app.goodflair.com](http://app.goodflair.com)



Par email :  
[contact@goodflair.com](mailto:contact@goodflair.com)



Par courrier :  
Goodflair - BP 30376  
44816 Saint-Herblain Cedex

Good Flair Care - BP 30376 - 44816 Saint-Herblain Cedex - Tél. 09 80 80 30 24 - Email : [contact@goodflair.com](mailto:contact@goodflair.com)  
SAS au capital de 100 000 € - RCS Nantes 918 164 831 - Agrément Orias n° 220 052 75 - RC Garantie Financière de 2 000 000 €

# Feuille de soins Mode d'emploi

## 1. Votre vétérinaire

Votre vétérinaire complète la partie « à remplir par le vétérinaire » et vous fournit la facture acquittée détaillée du même montant que la feuille de soins.

## 2. Vous

Vous remplissez la partie « à remplir par le propriétaire ». Il s'agit juste d'approuver la véracité des éléments indiqués.

## 3. Rendez-vous sur votre Espace membre Goodflair

Gagnez du temps en effectuant votre demande de remboursement en ligne.

En moins d'une minute, tout est transmis !



Sur votre Espace membre :  
[app.goodflair.com](http://app.goodflair.com)

Dans le menu, cliquez sur :



Effectuer une demande de remboursement



Une feuille de soins  
complétée et signée



Les justificatifs de frais  
Factures ou notes acquittées



Une ordonnance  
lorsqu'il y a une prescription

## Un remboursement sous 48h

Vous disposez de 5 jours pour effectuer votre demande de remboursement,  
à compter de la date de votre visite chez le vétérinaire.

### Ne pas oublier de joindre les pièces justificatives :

- La facture acquittée détaillée du même montant que la feuille de soins.
- L'ordonnance de votre vétérinaire, si prescription il y a (médicaments, analyses médicales, examens complémentaires ou soins chez un autre professionnel de santé animale des suites d'un accident ou d'une maladie).

Pour traiter votre demande de remboursement, la feuille de soins doit être entièrement remplie, signée par votre vétérinaire et vous-même, et accompagnée de toutes les pièces relatives au problème de santé. Un dossier complet est plus rapidement traité et remboursé sous 48h. (jours ouvrés)

### Délais de carence

Votre contrat vous couvre pour tout problème de santé (accident et/ou maladie, selon la formule choisie) qui surviendrait hors délais de carence et après votre date de souscription. Nos délais de carence sont de 2 jours pour les frais liés à un accident, 45 jours pour une maladie et 120 jours pour une opération liés à une maladie. Les délais doivent être révolus lors de l'apparition du problème de santé afin de bénéficier d'une prise en charge. Ils sont calculés en jours francs, à partir de la date de souscription.