

**F-095****Demande de remboursement des soins vétérinaires**

Remplissez vos données d'identité (EN MAJUSCULES).

(1) seulement pour le membre du personnel.

Où pouvons nous vous joindre?

NOM et Prénom

Rue et numéro

Code postal et commune

Téléphone de service

N° d'identification (1)

Grade (1)

Unité (1)

Code unité (1)

Remplissez votre numéro de compte.

(autre que membre du personnel)

**CADRE RESERVE A DGS/DSDM**

N° O\*F → 904

Bu.....- OA44 PA 14 Art 12.01 Nr Cat 386.01

Complétez ce tableau (excepté la dernière colonne).

Numérotez les documents ci-joints avec le N° d'ordre inscrit dans la colonne 1.

Documents à joindre (voir commentaires au verso).

N° d'ordre	Facture N° Document N°	Nom du vétérinaire traitant	Identification de l'animal soigné (nom + numéro d'identification)	Montant payé	Intervention DSDM
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
<b>TOTAUX:</b>					

Remplissez:

Case ① : comme **DEMANDEUR**Case ② : comme **CHEF DE SERVICE DU SERVICE VÉTÉRINAIRE.**Case ③ : comme **VERIFICATEUR**Case ④ : comme **DIRECTEUR DSDM**Date: 

①

Je demande une intervention pour la somme mentionnée dans la colonne "Montant payé".

(signature)

Date: 

②

Pour accord pour les soins donnés.

(signature)

Date: 

③

Vu et approuvé.

(signature)

Date: 

④

**904/ BON A PAYER**  
pour la somme de  
.....EUR.

(signature)

## COMMENTAIRES

### 1 Généralités

#### 1.1 Ayants-droits:

- les membres de la Police Fédérale qui sont propriétaires d'un chien agréé (!!! Si un membre du personnel de la Police Fédérale permute à la Police Locale, les frais ne sont plus à charge du service médical de la Police Fédérale mais à charge de l'autorité locale);
- les personnes qui sont propriétaires d'un cheval réformé par le service vétérinaire de la Police Fédérale à cause de la limite d'âge ou pour raisons médicales.

1.2 Complétez le formulaire en **2** exemplaires (**1 original + 1 copie**). En vue de distinguer clairement l'**original** de la **copie** et d'éviter ainsi les doubles paiements, nous vous demandons expressément de dater et signer la demande à l'encre **BLEUE**.

1.3 Complétez le formulaire suivant les instructions mentionnées dans la marge gauche côté recto.

1.4 Joignez les **preuves** demandées de vos frais médicaux en 1 exemplaire. Si un document original est demandé, il est nécessaire d'envoyer l'original. Dans le cas contraire, il n'y a pas de remboursement.

1.5 En cas de doute en ce qui concerne le remboursement des frais médicaux, vous pouvez toujours contacter DSDM/Remboursement Tél.: (02) 642.78.69 -7984 fax: (02) 642 78 66.

### 2 Documents à joindre (en 1 exemplaire)

- Factures originales + preuves de paiement
- Attestation originale des soins donnés
- Mod 704 original pour les produits pharmaceutiques (à obtenir auprès du pharmacien civil).

Le formulaire **F-095...**



vous le complétez en:

**2**

exemplaires



vous le transmettez à:

**DGS/DSDM/Vétérinaire**

**Av. de la Force Aérienne, 10**

**1040 BRUXELLES**