****

**ANNEXE 1**

**FRAIS VETERINAIRES et MORTALITES**

**Attestation des frais vétérinaires déclarés et acquittés et des animaux morts en lien avec un foyer de MHE confirmé entre le 19 septembre et le 31 décembre 2023**

Le demandeur établit une annexe par cabinet vétérinaire intervenu sur l’exploitation pour réaliser des soins sur les animaux en lien direct avec la MHE.

Rappel : La visite réalisée par le vétérinaire sanitaire dans le cadre de la police sanitaire et qui a conduit à la réalisation du prélèvement pour analyse MHE ne doit pas figurer dans cette annexe car elle est prise en charge par l’Etat.

**A remplir par le demandeur**

**Tableau n°1 :** Visites vétérinaires sur l’exploitation y compris soins, médicaments curatifs administrés aux animaux malades par le vétérinaire, autopsies, euthanasies et examens complémentaires

| **Date de la visite vétérinaire sur l’exploitation** | **Numéro de la ou des factures correspondantes****(surligner les lignes correspondantes sur la facture)** | **Montant HT des frais d’euthanasie, d’autopsies et d’examens complémentaires** | **Montant HT des visites et des soins administrés et médicaments délivrés en lien direct avec la MHE** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **MONTANT TOTAL HT** |  |

**Tableau n°2 :** Le cas échéant, médicaments prescrits et délivrés par le vétérinaire en dehors des visites sur l’exploitation *(prescription hors clinique)*

| **Date de l’ordonnance****(ne peut pas être antérieure à la date de première visite pour soins)** | **Nom des médicaments** | **Montant HT** | **Numéro de la ou des factures correspondantes****(surligner les lignes correspondantes sur la facture)** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **MONTANT TOTAL HT** |  |

**Tableau n°3 :** Montant total des frais vétérinaires déclarés et acquittés pour l’exploitation N°EDE

|  |  |
| --- | --- |
| **Montant HT des visites et des soins réalisés (tableau 1 )** |  |
| **Montant HT des médicaments délivrés en dehors des visites en exploitation (tableau 2)** |  |
| **MONTANT TOTAL HT DES FRAIS VETERINAIRES**  |  |
| **+ FRAIS de gestion du dossier MHE par le cabinet vétérinaire (montant HT)**  |  |

**Tableau n°4** Liste des animaux euthanasiés ou morts après soins vétérinaires pour MHE figurant sur les ordonnances de prescription émises par le cabinet vétérinaire

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Date de la mort** | **Numéro d’identification** | **Espèce****(croix dans la colonne correspondante)** | **Motif****(croix dans la colonne correspondante)** |
| **Bovine** | **Ovine** | **Euthanasie** | **Mort des suites de la MHE** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL**  |  |  |

**Attestation par le cabinet vétérinaire ayant réalisé les soins déclarés**

Je soussigné Dr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vétérinairede l’exploitation N° EDE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ certifie l’exactitude des informations déclarées dans ce document concernant les informations dont j’ai connaissance\* ainsi que l’acquittement des frais vétérinaires correspondants pour un montant total de …………………… € HT\*\* et des frais de gestion pour un montant de ……... €HT.

*Commentaires éventuels*

Date, cachet, signature

*\* dans les tableaux 1, 2 et 4 rayer les frais ou informations inexacts*

*\*\* le montant total à attester correspond au montant total des soins et médicaments délivrés (tableaux 3)*