

## ASSURANCE SANTÉ DE L'ANIMAL

### FEUILLE DE SOINS

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

#### **PARTIE À REMPLIR CONCERNANT LE SOUSCRIPTEUR**

NUMÉRO D'ADHÉSION : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_ ADRESSE EMAIL ( OBLIGATOIRE ) : \_\_\_\_\_

#### **PARTIE À REMPLIR CONCERNANT L'ANIMAL**

NOM DE L'ANIMAL : \_\_\_\_\_

RACE : \_\_\_\_\_

SEXE :  M  F TAILLE : \_\_\_\_\_ COULEUR : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N° D'IDENTIFICATION OU TATOUAGE : \_\_\_\_\_

Je certifie sur l'honneur que les renseignements ci-dessus sont exacts et reconnais savoir que toute déclaration frauduleuse pourra entraîner la déchéance de tout droit à indemnité.

Le : \_\_\_\_\_

**Signature du souscripteur**

#### **COMMENT REMPLIR VOTRE FEUILLE DE SOINS ?**

- 1/- Complétez, datez et signez la page 1 de cette feuille de soins
- 2/- Faites remplir les informations concernant le vétérinaire, le praticien ou laboratoire, sur la page 2.
- 3/- S'il y a lieu, collez les vignettes des médicaments prescrits sur l'emplacement prévu en page 2
- 4/- Renvoyez votre feuille de soins ainsi complétée à :

**Organisme gestionnaire + service + adresse**

**Sans oublier de joindre la ou les factures correspondantes**

*Vous recevrez une nouvelle feuille de soins par retour de courrier.*

**Nos services sont joignables:**

**Du lundi au vendredi, de 9 h à 17 h au 04 67 17 90 80**

*(coût de l'appel)*

**PARTIE À REMPLIR CONCERNANT LE VÉTÉRINAIRE**

NOM DE L'ANIMAL : \_\_\_\_\_

N° TATOUAGE : \_\_\_\_\_

N° D'IDENTIFICATION : \_\_\_\_\_

**MOTIF DE LA CONSULTATION**

<input type="checkbox"/> Accident	Date :	<input type="checkbox"/> 1ère visite <input type="checkbox"/> Visite de suivi	Nature de l'accident
<input type="checkbox"/> Maladie	Date des 1ers symptômes :	<input type="checkbox"/> 1ère visite <input type="checkbox"/> Visite de suivi	Nom de la maladie : ou diagnostic : <input type="checkbox"/> Aiguë <input type="checkbox"/> Chronique <input type="checkbox"/> Nécessite un acte chirurgical
<input type="checkbox"/> Vaccination <input type="checkbox"/> Stérilisation <input type="checkbox"/> Détartrage <input type="checkbox"/> Bilan de santé	Date :	Type de vaccin :	

NATURES		PRECISIONS/ COMMENTAIRES	DATE	MONTANT TTC
<input type="checkbox"/> Consultation(s)				
<input type="checkbox"/> Injections/ Perfusions				
<input type="checkbox"/> Analyses complémentaires				
<input type="checkbox"/> Radiographies/ Echographies				
<input type="checkbox"/> Hospitalisation				
<input type="checkbox"/> Anesthésie				
<input type="checkbox"/> Chirurgie/ Soins divers				
<input type="checkbox"/> Médicaments délivrés*				
Désignation	Quantité			
<input type="checkbox"/> Produit antiparasitaire				
<input type="checkbox"/> Aliment diététique				
TOTAL				

Je soussigné (e) ..... vétérinaire, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et prends note qu'ils peuvent éventuellement être vérifiés par le vétérinaire conseil de l'Assureur.

Le : \_\_\_\_\_

Signature du vétérinaire :

**PARTIE À COMPLÉTER PAR LE PHARMACIEN OU LE LABORATOIRE**

MÉDICAMENTS PRÉSCRITS PAR LE PHARMACIEN OU LE LABORATOIRE		
NOM DU MÉDICAMENT	QUANTITÉ	MONTANT

**Cachet du vétérinaire ( indispensable)****Signature du pharmacien ou du laboratoire****Cachet du pharmacien ou du laboratoire**