

FEUILLE DE SOINS

VOTRE N° DE CONTRAT :

01 À REMPLIR PAR LE VÉTÉRINAIRE

Nom du propriétaire :

Nom de l'animal :

N° d'identification :

MOTIF DE LA CONSULTATION

1^{ère} visite pour ce problème **Urgence**

Accident Survenu le :

Maladie Date d'apparition des 1^{ers} symptômes :

Visite de suivi Date des visites antérieures liées à ce problème :

Commentaires :

HYPOTHÈSE(S) DIAGNOSTIQUE(S)

Aigu Commentaires :

Chronique

FRAIS ENGAGÉS ET PAYÉS PAR LE PROPRIÉTAIRE AU VÉTÉRINAIRE

	À COCHER	OBSERVATIONS - PRÉCISIONS - COMMENTAIRES			MONTANT TTC
A - Consultations	<input type="checkbox"/>	Dates :			A -
B - Injection(s)	<input type="checkbox"/>				B -
C - Analyses complémentaires	<input type="checkbox"/>	Natures des analyses :			C -
D - Radiographies/Echographies	<input type="checkbox"/>				D -
E - Hospitalisations	<input type="checkbox"/>	Nombres de jours :			E -
F - Anesthésie	<input type="checkbox"/>	Nature de l'acte :			F -
G - Chirurgie/Soins divers	<input type="checkbox"/>				G -
H - Médicaments fournis par le vétérinaire		NOM DÉPOSÉ	QUANTITÉ	Montant TTC	H -
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TOTAL PAYÉ					XPF

Je soussigné(e), vétérinaire, certifie l'exactitude des informations fournies ci-dessus.

Fait à :

Le :

Tampon du vétérinaire (indispensable) :

Signature du vétérinaire :

02 À REMPLIR PAR LE PHARMACIEN OU LE LABORATOIRE D'ANALYSES

Merci de joindre les documents ci-dessous :

l'**original de l'ordonnance** du vétérinaire

l'**original de la facture** du pharmacien et/ou du laboratoire

Tampon du pharmacien ou du laboratoire (indispensable) :

01 COORDONNÉES DU SOUSCRIPTEUR

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Email :

02 COORDONNÉES DU PROPRIÉTAIRE DE L'ANIMAL SI DIFFÉRENT

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Âge : Lien de parenté avec le souscripteur :

03 L'ANIMAL

Chien Chat

Nom usuel : Race ou type :

N° de tatouage : N° de puce :

04 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LE SINISTRE

Date du sinistre :

Circonstances précises et causes présumées du sinistre :

05 DÉTERMINATION DE L'EXISTENCE D'UN RECOURS

Un tiers est-il à l'origine du préjudice subi ? oui non

Si oui,

Nom du tiers : Prénom du tiers :

Adresse du tiers :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Autre tiers :
(Coordonnées complètes
et n° de tel)

Existe-t'il un lien de parenté ou de subordination entre vous et le(s) tiers ? oui non

Si oui, lequel :

Le ou les(s) tiers sont-ils assurés ? oui non

Coordonnées de l'assureur et
n° du contrat RC ou Habitation :

06 DOMMAGES SUBIS PAR L'ANIMAL

Nature des lésions :

Merci de joindre les documents ci-dessous :

- une copie de l'**enregistrement** au fichier (carte de tatouage, copie de son livret, LOF)
- les feuilles de soins
- les factures nominatives et acquittées
- les **ordonnances**
- en cas de décès : certificat de décès **établi par le vétérinaire** précisant n° de tatouage et nom de l'animal ainsi que la cause du décès.

Fait à : le :

Signature de l'assuré(e) :