

Feuille de soins - demande de prise en charge

A remplir recto et verso

Ne pas utiliser pour les bilans annuels

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE SOUSCRIPTEUR

Numéro de police :

Propriétaire :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Courrier électronique :@.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ANIMAL ASSURÉ

Nom de l'animal : Espèce : Race :

N° de tatouage ou de puce électronique :

TYPE DE VISITE MÉDICALE

Visite suite à maladie :

Visite suite à accident :

Visite vaccinale :

Visite de suivi de consultation :

FRAIS ENGAGÉS

Date	Nature des frais engagés (honoraires, médicaments, etc.)	Montant

Signature du praticien attestant la nature et le montant
des actes effectués et des médicaments prescrits

TOTAL RÉGLÉ :

Identification et cachet du praticien

Ce document doit être entièrement et lisiblement rempli pour donner droit à la prise en charge. Il doit être accompagné, le cas échéant, de toutes pièces relatives à l'accident ou à la maladie, comme les ordonnances et les factures de pharmacie ou de laboratoire. En cas de décès de l'animal, joindre un certificat de décès signé par le vétérinaire. Retourner la feuille de déclaration remplie et signée à :

SantéVet - 24 rue Commandant Faurax - 69458 LYON Cedex 06

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document.

Date : Signature :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (OBLIGATOIRES)

Type de consultation : Normale Référée Urgence

Motif de consultation : Vaccination Pathologie Traumatisme
 Conseil Suivi Intoxication
 Chir. convenance Autre :

Etiologie, anamnèse :

Résultats significatifs d'examens complémentaires :

Hypothèse diagnostique :

TRAITEMENT

Produit (nom déposé)	Présentation	Voie d'admin.	Posologie	Durée

VACCINS

Valence	Fabricant	N° de lot	Date de rappel

Commentaires, remarques, informations critiques à communiquer :

Date de prochaine visite :