

Feuille de soins à remplir recto/verso et joindre les factures

Ce document doit être correctement rempli pour donner droit à une prise en charge. Merci de joindre toutes pièces relatives à l'accident ou à la maladie (ordonnances, factures du vétérinaire, pharmacie et laboratoires). En cas de décès de l'animal, joindre un certificat de décès signé par le vétérinaire. Retourner l'ensemble des documents dans les 15 jours sans oublier de signer la Feuille de soins à :

Zoocare - 23 rue Fabienne Landy - 37 700 SAINT PIERRE DES CORPS

Propriétaire

Numéro de POLICE : _____

Nom et Prénom du propriétaire : _____

Adresse : _____

Code Postal :

Ville : _____

Téléphone : E-mail : _____**Animal assuré**Espèce : Chien Chat

Nom de l'animal : _____

Poids : _____ Race : _____ Date de naissance : / / N° de Puce électronique : - - - ou N° de Tatouage : - - **En cas d'accident, description des faits et des personnes impliquées**

Je certifie l'exactitude des renseignements rapportés sur ce document (y compris le verso).

Fait à : _____

Date : / /

Signature du propriétaire : _____

FEUILLE DE SOINS À RENVoyer DANS LES 15 JOURS ACCOMPAGNÉE DES JUSTIFICATIFS

Information concernant la visite médicale

Motif de la consultation : Accident Maladie Prévention

Chirurgie Pneumologie Cardiologie Orthopédie Ophtalmologie Dermatologie

Stomatologie-Soins dentaires Gastro-entérologie Comportement Autres (Précisez) : _____

Visite de suivi : NON OUI Si OUI, date de la visite initiale : _____ / /

En cas de maladie, date des premiers symptômes : _____ / /

En cas d'accident, date de l'accident : _____ / /

Résultats significatifs d'examens complémentaires

Frais engagés

A détailler dans le tableau ci-dessous ou joindre la facture détaillée en reportant le montant total réglé ci-dessous.

Factures de pharmacie et laboratoires obligatoires.

| Date | Nature des frais engagés (honoraires, médicaments, actes médicaux...) | Montant TTC |
|---|---|-------------|
| <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| TOTAL RÉGLÉ ► | | |

Cachet du vétérinaire

Je soussigné(e) DR _____
certifie l'exactitude des informations apportées sur ce document
(Identité de l'animal, données médicales et frais engagés).

Date : / /

Signature du vétérinaire :