



SANTÉ CHIENS CHATS
TSA 12345 - 69458 LYON cedex 06
Tél. : 04.81.07.75.28 - Mail : smam@santevet.com

avec **Santé Vet**

FEUILLE DE SOINS

Partie à remplir par le propriétaire de l'animal

→ Demande de prise en charge concernant votre : CHIEN
 CHAT

L'ADHÉRENT

Numéro de contrat :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : E-mail :

L'ANIMAL ASSURÉ

Chien - Race : Chat - Race :

Nom de l'animal :

Âge : Poids : N° d'identification (n° de tatouage ou de puce électronique) :

Je souhaite que ces frais soient affectés à mon Forfait Prévention : Oui - Non

(Valable uniquement pour les formules concernées - Voir votre Contrat - Dispositions Particulières).

CORRESPONDANCE

En cas d'accident, décrivez ci-dessous les circonstances dans lesquelles il s'est produit.

Si vous avez des remarques ou des questions, vous pouvez utiliser cet espace pour nous en faire part.

.....
.....
.....
.....
.....

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Pour ouvrir vos droits à une prise en charge, ce document doit être entièrement rempli, signé et accompagné de toutes pièces relatives à l'accident ou à la maladie, comme les ordonnances, la facture du vétérinaire et les factures de pharmacie ou de laboratoire.

Retournez-les à : SMAM SANTÉ CHIENS CHATS - TSA 12345 - 69458 LYON cedex 06

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

Date : Signature :

- ✓ Une feuille de soins complétée et signée
- ✓ Tous justificatifs de frais (factures : vétérinaire, pharmacie, laboratoire...)
- ✓ Copie de l'ordonnance
- = Remboursement plus rapide

Partie à remplir par le vétérinaire

N° d'identification de l'animal :

INFORMATIONS CONCERNANT LA VISITE MÉDICALE

Motif de consultation : Accident Maladie Prévention (Chirurgie de convenance, visite vaccinale,...)

Est considérée comme un accident toute lésion corporelle médicalement constatée provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'animal et non intentionnelle de la part de l'assuré ou de la personne ayant la garde de l'animal.

Type de consultation : Normale Référée Urgence

Visite de suivi : Oui Non - Si oui, date de la visite initiale :

En cas de maladie, date des premiers symptômes :

SYMPTÔMES

.....

.....

RÉSULTATS D'EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

.....

.....

DIAGNOSTIC OU HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES

.....

.....

PRÉVENTION

Valences vaccinales	Date du prochain rappel
---------------------	-------------------------

Produits de prévention

PRESCRIPTION

Produit	Posologie	Durée

A détailler dans le tableau ou joindre la copie de l'ordonnance

MONTANT DES FRAIS ENGAGÉS

Date	Nature des frais engagés (honoraires, médicaments, ...)	Montant TTC
Total à régler TTC		

Cachet du vétérinaire

J'ai vérifié l'identité de l'animal et je certifie la véracité des données médicales et des frais engagés.

Nom et prénom :

Date : Signature :