

FEUILLE DE SOINS ASSURANCE SANTE CHIENS CHATS

Questionnaire à compléter dans son intégralité et à accompagner des factures acquittées
correspondantes au plus tard 2 mois après le 1^{er} acte à :
APRIL Santé Prévoyance - Service Prestations - TSA 60002 – 69439 LYON Cedex 03
(Attention ! Il est impératif de retourner les 2 pages du questionnaire pour que votre dossier soit complet)

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

N° de client : / / / / / / / / / / / / / / / /

Nom et prénom : _____

A REMPLIR PAR LE VETERINAIRE (1 feuille de soins par pathologie)

Nom de l'animal : _____

Date de naissance : ___ / ___ / _____

Catégorie de l'animal : _____

Race de l'animal : _____

Tatouage n° / / / / / / / / / / / / / / / /

L'animal est-il à jour de ses vaccinations ? oui non

S'agit-il d'un accident ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	S'agit-il d'une maladie ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<i>Si oui, précisez :</i>	<i>Si oui, précisez :</i>
Date de l'accident : ___ / ___ / _____	Date présumée de l'affection : ___ / ___ / _____
Descriptif des lésions ou de l'affection :	Descriptif des lésions ou de l'affection :
Circonstances de l'accident :	
Lieu de l'accident :	
Y a-t-il un tiers responsable ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Si oui, précisez : Nom, prénom et adresse du tiers responsable :	
Nom et adresse du 1 ^{er} témoin :	
Nom et adresse du 2 ^è témoin :	

A REMPLIR PAR LE VETERINAIRE

• Désignation de frais médicaux et chirurgicaux :

Dates	Libellé des soins/frais	Montant en euros
	<ul style="list-style-type: none"> • Honoraires du Docteur vétérinaire Bilan annuel de santé Visite - consultation (nombre) Soins (nature) Petite chirurgie (nature) Frais de puce électronique Frais de stérilisation et de castration • Analyses <li style="padding-left: 20px;">S'agit-il de frais de diagnostic ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non • Frais de laboratoire <li style="padding-left: 20px;">S'agit-il de frais de diagnostic ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non • Radiologie ou radiothérapie (nombre de séances) <li style="padding-left: 20px;">S'agit-il de frais de diagnostic ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non • Intervention chirurgicale • Hospitalisation (nombre de jours) • Euthanasie (hors incinération) 	

A REMPLIR PAR LE VETERINAIRE OU LE PHARMACIEN

• Désignation des frais pharmaceutiques :

Une ordonnance a-t-elle été délivrée ? oui (joindre l'ordonnance) non

Ces frais sont-ils liés à l'acte opératoire ? oui non

Date	Montant de la facture (en euro)	Vignettes (à coller)	Cachet du vétérinaire ou du pharmacien

Nous soussignés attestons que les déclarations et indications susvisées sont exactes :

Fait à _____ le ___ / ___ / _____

Signature de l'adhérent :

Signature et cachet du vétérinaire :