

N° adhérent :

## FEUILLE DE SOINS ASSURANCE SANTE CHIENS CHATS

Questionnaire à compléter dans son intégralité puis à transmettre à **Canisanté**,  
au plus tard 2 mois après le 1<sup>er</sup> acte  
(Attention ! Il est impératif de retourner les 2 pages du questionnaire pour que votre dossier soit complet)

### 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 <sup>er</sup> témoin : _____ _____	_____
Nom et adresse du 2 <sup>e</sup> témoin : _____ _____	_____

1/2

## A REMPLIR PAR LE VETERINAIRE

- **Désignation de frais médicaux et chirurgicaux :**

Dates	Libellé des soins/frais	Montant en euros
	<b>Honoraires du Docteur vétérinaire</b>	
___/___/___	Bilan annuel de santé _____	_____
___/___/___	Visite - consultation (nombre) _____	_____
___/___/___	Soins (nature) _____	_____
___/___/___	Petite chirurgie (nature) _____	_____
___/___/___	Frais de puce électronique _____	_____
___/___/___	Frais de stérilisation et de castration _____	_____
	<b>Analyses</b>	
___/___/___	S'agit-il de frais de diagnostic ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _____	_____
	<b>Frais de laboratoire</b>	
___/___/___	S'agit-il de frais de diagnostic ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _____	_____
	<b>Radiologie ou radiothérapie</b> (nombre de séances)	
___/___/___	S'agit-il de frais de diagnostic ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _____	_____
___/___/___	<b>Intervention chirurgicale</b> _____	_____
___/___/___	<b>Hospitalisation</b> (nombre de jours) _____	_____
___/___/___	<b>Euthanasie</b> (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'assuré

Signature et cachet du vétérinaire