



FEUILLE DE SOINS - demande de prise en charge

Veillez remplir recto/verso et joindre les factures

Téléchargez de nouvelles feuilles de soins sur notre site internet : www.assurancesanteanimale.labanquepostale.fr

(coût de connexion selon le fournisseur d'accès)

Pour nous contacter : labanquepostale.animale.sinistre@assurone-group.com ou 01 76 29 70 50

Attention : vous disposez de 5 jours pour nous déclarer un sinistre (par e-mail ou téléphone).

Envoyez-nous cette feuille de soins dûment complétée, ainsi que les justificatifs associés (ordonnances, factures...) pour être remboursé rapidement à :

LA BANQUE POSTALE ASSURANCE SANTE ANIMALE – Gestion Assurance - 153 rue de Guise CS 60688 - 02315 SAINT QUENTIN

A remplir par L'ADHERENT ou PROPRIETAIRE DE L'ANIMAL ASSURE

Numéro de contrat :

Nom de l'adhérent :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : E-mail :

L'ANIMAL ASSURE

Espèce : CHIEN CHAT Poids : Age : Date de naissance :

Race :

Nom de l'animal :

N° d'identification : TATOUAGE PUCE ELECTRONIQUE

EN CAS D'ACCIDENT UNIQUEMENT, DESCRIPTION DES FAITS

.....
.....

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

Ce document doit être entièrement et lisiblement rempli pour donner droit à la prise en charge. Il doit être 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. En cas de décès de l'animal, joindre un certificat de décès signé par le vétérinaire.

Date : Signature de l'adhérent :

INFORMATIONS CONCERNANT LES SOINS – A REMPLIR PAR LE VETERINAIRE

Motif de consultation : Soins médicaux suite accident Soins médicaux suite maladie
 Soins chirurgicaux suite accident Soins chirurgicaux suite maladie
 Prévention Stérilisation Détartrage Décès

Type de consultation : NORMALE REFEREE URGENCE

Visite de suivi : OUI NON - Si oui, date de la visite initiale :

En cas de maladie, date des premiers symptômes :

En cas d'accident*, date de l'accident :

Précisions :

- Une seule consultation, un seul animal et un seul vétérinaire par feuille de soins.
- Tout dossier incomplet risque de retarder sa prise en charge.

ETIOLOGIE, ANAMNESE

.....

.....

.....

RESULTATS SIGNIFICATIFS D'EXAMENS COMPLEMENTAIRES

.....

.....

HYPOTHESES DE DIAGNOSTIC

.....

.....

.....

TRAITEMENT / VACCINS

Produit (nom déposé) / Valence	Posologie	Durée	Date de rappel

Date	Nature des frais engagés	Commentaires	Montant €
	HONORAIRES		
	HOSPITALISATION		
	CHIRURGIE		
	TRAITEMENT		
	EXAMENS COMPLEMENTAIRES		
	PREVENTION		
	AUTRES		
TOTAL REGLE (€.TTC)			

Date et cachet du Dr vétérinaire

FACTURE acquittée par client : OUI - NON

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

Nom et prénom :

Signature du vétérinaire :