



## **FEUILLE DE SOINS**

A nous transmettre sous un délai d'un mois maximum à compter de la date des soins

Adresse							
Partie à remplir concernant L'ADHÉRENT	Partie à remplir concernant VOTRE ANIMAL						
Mme M.	Nom de votre animal						
Votre numéro adhérent							
Nom	Race						
	Couleur						
rénom	Sexe F M Taille						
	Date de naissance						
dresse	Numéro de tatouage						
	Date Signature obligatoire de l'adhérer						
ode postal Lili							
illeéléphone [] [] []	Toute fausse déclaration peut entraîner les sanctions prévues en application du Code des Assurances.						

- Complétez, datez et signez le recto de cette feuille de soins.
- Faites remplir les informations au verso concernant le vétérinaire, le pharmacien ou le chenil.
- Si modifications de coordonnées remplir le cadre ROUGE ci-dessus.
- S'il y a lieu, collez les vignettes des médicaments prescrits sur l'emplacement au verso.
- Renvoyez votre feuille de soins avec facture (sans oublier de joindre vos justificatifs de soins) ainsi complétée et sans oublier de remplir votre numéro d'adhérent :
  - par mail au format PDF à l'adresse électronique suivante : feuillesdesoins@scan-prod.com
  - ou par **la poste** à l'adresse suivante : **ASSUR O'POIL** 51-55, rue Hoche 94767 lvry-sur-Seine Cedex

N'hésitez pas à contacter l'un de nos conseillers au : 01 59 13 15 86



## PARTIE À FAIRE COMPLÉTER PAR LE VÉTÉRINAIRE

Nom de l'animal					Les soins ont été donnés en raison :  d'une maladie d'une vaccination d'un accident d'une stérilisation		
	S'il s'agit d'une maladie		S'il	l s'agit d'un acci	dent		
Date de début de maladie			Date de l'accident L L L L L L L L L L L L L L L L L L L				
Une intervention chirurgicale a-t-elle été effectuée : □Oui □Non Merci de détailler le montant de chaque acte :							
Date	Désignation des soins	Désigna	tion des médican	nents délivrés* Q	té Montant		
	Consultation  Montant du vaccin <b>uniquement</b>						
	I qu'ils soient même médicamenteux (prescrire des médicam poings, ne donnent pas lieu à remboursement et ne doivent			us. To	tal		
	Cachet du vétérinaire (indispensable)	· ·	Date et signature du vétérinaire  Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.  Vétérinaire référent □  Adressé par son vétérinaire référent ou autre □				
P#	ARTIE À FAIRE COMPLÉTE	R PAR L	E PHARMA	CIEN OU LE C	CHENIL		
Cachet du pharmacien (indispensable)  Vignett		ettes des méd	des médicaments Cachet du chenil		et du chenil		
Médicamer	nts prescrits par le vétérinaire et déli	vrés par le	pharmacien		de chenil sation de l'adhérent (1)		
	Désignation	Quantité	Montant	Date d'entrée e de sortie du che	et Montant des		
Signature du p	oharmacien :	Total			icatif du séjour à l'hôpital s dates d'entrée et de sortie.		