



Veuillez remplir recto / verso et joindre les factures.

**Partie à remplir par le propriétaire de l'animal**

**Propriétaire**

Numéro de Contrat : .....

Nom et Prénom du propriétaire : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Email : .....

**Animal assuré**

Espèce :  Chien  Chat

Nom de l'animal : .....

Poids : ..... Race : ..... Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

N° d'identification : .....  Tatouage  Puce électronique

**En cas d'accident, description des faits et des personnes impliquées**

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

Ce document doit être correctement rempli pour donner droit à une prise en charge. Merci de joindre toutes pièces relatives à l'accident ou à la maladie (ordonnances, factures du vétérinaire, pharmacie et laboratoires). En cas de décès de l'animal, joindre un certificat de décès signé par le vétérinaire. Retourner l'ensemble des documents sans oublier de signer la Feuille de Soins à :

**PACIFICA – SPECIFICA - CS 94107 – 37041 TOURS CEDEX 1**

Je certifie l'exactitude des renseignements rapportés sur ce document (y compris le verso).

Fait à : .....

Date : ..... Signature du propriétaire : .....

**Partie à faire remplir par le vétérinaire**

**Informations concernant la visite médicale**

Motif de consultation :  Accident  Maladie  Prévention

Chirurgie  Pneumologie  Cardiologie  Orthopédie  Ophtalmologie  Dermatologie  Urologie  O.R.L.

Stomatologie-Soins dentaires  Gastro-entérologie  Comportement  Autres (Préciser) : .....

Visite de suivi :  NON  OUI Si OUI, date de la visite initiale : \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

En cas de maladie, date des premiers symptômes : \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

En cas d'accident, date de l'accident : \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

**Etiologie, Anamnèse**

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

**Résultats significatifs d'examens complémentaires**

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

**Hypothèses du diagnostic**

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

**Traitements / Vaccins**

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

Produit (nom déposé) / Valence	Posologie / N° de lot - Fabricant	Durée	Date de rappel

**Frais engagés**

Détailler dans le tableau ou joindre la facture détaillée en reportant le total réglé ci dessous.

Factures de pharmacie et laboratoires obligatoires.

Date	Nature des frais engagés (honoraires, médicaments, actes médicaux...)	Montant TTC
<b>Total réglé</b>		

Cachet du vétérinaire :

Je soussigné, Dr .....

Certifie l'exactitude des informations apportées sur ce document (identité de l'animal, données médicales et frais engagés).

Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

Signature du vétérinaire : .....