

# FEUILLE DE SOINS

- ✓ Feuille de soins complétée et signée
- ✓ Tous justificatifs de frais  
(Factures : vétérinaire, pharmacie, laboratoire...)
- ✓ EN CAS D'ACCIDENT : Déclaration sur l'honneur
- ✓ Copie de l'ordonnance

**À ENVOYER DANS LES 15 JOURS**



## ASTUCE :

Facilitez vos remboursements en nous envoyant vos documents par mail !



**service@clea-assurance.fr**



01 73 29 16 93

(Du lundi au vendredi de 9h à 13h et 14h à 17h)



CLEA – LSA COURTAGE 153 rue de Guise  
CS 60688 – 02100 Saint Quentin

## 1 À remplir par le vétérinaire

(tous les champs sont obligatoires, les mentions sont à remplir en majuscules)

→ En cas de consultation vaccinale, pensez à dissocier la consultation et le vaccin sur la facture

Nom de l'animal : \_\_\_\_\_

N° d'identification (puce électronique ou tatouage) : \_\_\_\_\_

Date de la visite : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Date des 1<sup>ers</sup> symptômes : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Motif de consultation / Diagnostic :  Accident /  Maladie

Soin préventif

Auditif  Cardiaque/Pulmonaire  Dermatologie  Epilepsie  Epillet

Intestinal  Oculaire  Respiratoire  Troubles urinaires

Autre : \_\_\_\_\_

Diagnostic complet : \_\_\_\_\_

Y a-t-il une intervention chirurgicale ?  Oui  Non

Des manifestations antérieures de cette affection vous sont-elles connues ?

Oui  Non À quelle date ? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nom du vétérinaire : \_\_\_\_\_

Cachet du vétérinaire :

J'ai vérifié l'identité de l'animal et je certifie la véracité des données médicales et des frais engagés. Je tiens le dossier médical complet de l'animal traité à disposition du vétérinaire conseil de l'assureur.

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

Montant TTC :

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ €

## 2 À remplir par le pharmacien

Montant TTC : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ €

Signature :

## 3 À remplir par le propriétaire

(joindre obligatoirement les justificatifs de frais)

Nom du propriétaire : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

N° de contrat : FID \_\_\_\_\_

EN CAS D'ACCIDENT OU DE DÉCÈS, merci de **décrire les circonstances** dans lesquelles il s'est produit :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Déclaration sur l'honneur

Pour ouvrir vos droits à une prise en charge, ce document doit être entièrement rempli, signé et accompagné de toutes les pièces relatives à l'accident ou à la maladie.

Retournez-les par courrier ou par mail !

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

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

Signature :