



# Plan de traitement

Aidez-nous à traiter rapidement la demande de notre assuré :

**Avez-vous**

- répondu à toutes les questions ?
- signé et daté le formulaire ?

**Veillez envoyer votre formulaire complété à :**

**Téléchargement ou e-mail sécurisé via :**

axaglobalhealthcare.com/customer

**Fax :** +44 (0) 1892 508256

**Adresse postale :** Service client international  
AXA Global Healthcare (UK) Limited, Phillips House,  
Crescent Road, Tunbridge Wells, Kent, TN11 2PL,  
Royaume-Uni

## 1 Renseignements sur le patient

**Nom**

**Numéro d'assuré/client**

**Date de naissance du patient**

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| J | J | M | M | A | A | A | A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Numéro de la demande**

## 2 Renseignements sur le thérapeute

**Nom**

**Le patient vous a-t-il été adressé par un autre tiers ?**

- Non**
- Oui** ► Si oui, veuillez préciser le nom de la personne qui vous a adressé le patient.

**Type de thérapeute**

- Kinésithérapeute
- Chiropracteur
- Ostéopathe
- Acupuncteur
- Homéopathe
- Autre, veuillez préciser ci-dessous

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

**Veillez cocher le moyen de contact à privilégier :**

**Numéro de contact**

**Fax**

**E-mail**

Suite à la page suivante



# 5 Plan de traitement

Pays d'administration du traitement

Veillez résumer le traitement jusqu'ici et fournir une proposition de plan de traitement ou de parcours de soins ainsi que leur durée estimée, avec notamment :

- le nombre de séances supplémentaires proposées
- d'éventuelles recommandations/ des programmes d'exercices à faire chez soi
- toute autre information pertinente

Veillez également joindre une copie des lettres les plus récentes du médecin, si possible.

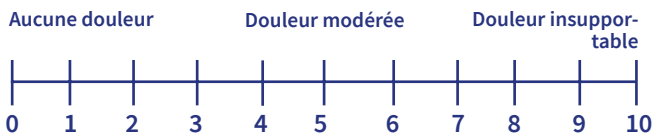
  
  
  
  
  

Nombre de séances

Durée de chaque séance

Selon l'échelle EVA, quel est le niveau de douleur du patient ?

Échelle de douleur numérique EVA 0 – 10



Quelle est l'amplitude de mouvement du patient ?

Cette pathologie a-t-elle un impact sur les activités de la vie quotidienne ?

Oui     Non

Si oui, veuillez préciser

Quand le patient sera-t-il orienté vers un examen spécialisé/ orthopédique ?

|  |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|
|  | J | J | M | M | A | A | A | A |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|

Quelle est l'étape actuelle du plan de soins ?

## 6 Votre signature

---

Je suis le thérapeute de ce patient et je confirme que les informations fournies sont, à ma connaissance, exactes. Je comprends que l'inexactitude de ces informations pourrait affecter la demande liée aux dépenses de santé de mon patient.

Signature

Nom en majuscules

Date

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| J | J | M | M | A | A | A | A |