



# Plano de Tratamento Terapêutico

Ajude-nos a processar o pedido de comparticipação do nosso tomador rapidamente:

Já

- respondeu a todas as perguntas?
- assinou e datou o formulário?

Envie o formulário preenchido para:

Carregue ou envie através de e-mail seguro em:

axaglobalhealthcare.com/customer

Fax: +44 (0) 1892 508256

Correio postal: International Customer Service  
AXA Global Healthcare (UK) Limited, Phillips House,  
Crescent Road, Tunbridge Wells, Kent, TN1 2PL,  
Reino Unido

## 1 Informações do paciente

Nome

Número de cliente/apólice

Data de nascimento do paciente

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Número de pedido de comparticipação

## 2 Informações do terapeuta

Nome

O paciente foi encaminhado para si?

- Não
- Sim ► Se sim, informe o nome da pessoa que encaminhou o paciente?

Tipo de terapeuta

- Fisioterapeuta
- Quiroprático
- Osteopata
- Acupunturista
- Homeopata
- Outro, especifique abaixo


Assinale o método preferido para contacto

Número de telefone

 

Número de fax

 

E-mail

 

Continua na próxima página





## 6 A sua assinatura

---

Sou o terapeuta deste paciente e confirmo que as informações que facultei estão corretas, tanto quanto me é possível aferir. Compreendo que se alguma da informação estiver incorreta, isso poderá afetar o pedido de comparticipação de despesas de cuidados de saúde do meu paciente.

Assinatura

Letra de imprensa

Data

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---