

## Données de base servant au traitement du dossier

N° de réclamation	N° de poste

La Société de l'assurance automobile du Québec a la responsabilité de juger la **relation** entre les frais de physiothérapie et l'accident d'automobile, ainsi que de leur **pertinence** et de leur **nécessité**. La présentation du présent relevé à la Société ne signifie pas qu'elle s'engage à rembourser les frais qui y sont inscrits. En cas d'acceptation, les montants remboursés sont établis en conformité avec la Loi sur l'assurance automobile et ses règlements.

**Note : Voir les informations en page 3.**

## Identité de la personne accidentée

Nom de famille à la naissance	Prénom	Numéro d'assurance maladie	Date de l'accident	Année	Mois	Jour
Adresse		Municipalité	Code postal	Numéro de téléphone		

## Fournisseur

N° de fournisseur	Nom					
Adresse		Municipalité	Code postal	Numéro de téléphone		

## Facturation

Traitement de physiothérapie	DU	Année	Mois	Jour	AU	Année	Mois	Jour	
Nombre de traitements :	Tarif unitaire :	\$	Total :	\$	<input type="checkbox"/> Traitement à domicile				
Programme de soins personnalisés	<input type="checkbox"/> Évaluation en physiothérapie								
	Rapport phase 1	\$	Rapport phase 2	\$	Rapport phase 3	\$			
	Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour

## Calendrier des présences

Année	Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			

## Suivi clinique (Pour les dossiers du Programme de soins personnalisés — utiliser les rapports de phase)

Nom et prénom du médecin en charge		N° de permis	
Diagnostic médical (selon la condition de référence)			
Problèmes notés			
Nature des traitements (modalités thérapeutiques utilisées)			
Évolution de l'état	<input type="checkbox"/> Amélioré	%	<input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Détérioré
Remarques :			
Nombre de traitements à ce jour : _____	Des traitements sont-ils encore nécessaires ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nombre approximatif de traitements : _____	Date de la fin des traitements
			Année
			Mois
			Jour
			Le médecin en charge a-t-il été avisé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Déclaration

Je certifie avoir dispensé les traitements déclarés ci-dessus comme : <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Thérapeute en réadaptation physique	Je déclare avoir reçu tous les traitements indiqués ci-dessus et demande à la Société de l'assurance automobile du Québec d'effectuer le paiement directement à la clinique.
_____	_____
Nom (en lettres moulées)	Nom (en lettres moulées) de la personne qui a signé
_____	_____
Année	Année
Mois	Mois
Jour	Jour
Signature	Signature de la personne accidentée ou de son représentant
Date	Date

## Données de base servant au traitement du dossier

N° de réclamation	N° de poste

La Société de l'assurance automobile du Québec a la responsabilité de juger la **relation** entre les frais de physiothérapie et l'accident d'automobile, ainsi que de leur **pertinence** et de leur **nécessité**. La présentation du présent relevé à la Société ne signifie pas qu'elle s'engage à rembourser les frais qui y sont inscrits. En cas d'acceptation, les montants remboursés sont établis en conformité avec la Loi sur l'assurance automobile et ses règlements.

**Note : Voir les informations en page 3.**

## Identité de la personne accidentée

Nom de famille à la naissance	Prénom	Numéro d'assurance maladie	Date de l'accident	Année	Mois	Jour
Adresse		Municipalité	Code postal	Numéro de téléphone		

## Fournisseur

N° de fournisseur	Nom					
Adresse		Municipalité	Code postal	Numéro de téléphone		

## Facturation

Traitement de physiothérapie	DU	Année	Mois	Jour	AU	Année	Mois	Jour	
Nombre de traitements :	Tarif unitaire :	\$	Total :	\$	<input type="checkbox"/> Traitement à domicile				
Programme de soins personnalisés	<input type="checkbox"/> Évaluation en physiothérapie								
	Rapport phase 1	\$	Rapport phase 2	\$	Rapport phase 3	\$			
	Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour

## Calendrier des présences

Année	Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		

## Suivi clinique (Pour les dossiers du Programme de soins personnalisés — utiliser les rapports de phase)

Nom et prénom du médecin en charge		N° de permis	
Diagnostic médical (selon la condition de référence)			
Problèmes notés			
Nature des traitements (modalités thérapeutiques utilisées)			
Évolution de l'état	<input type="checkbox"/> Amélioré	%	<input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Détérioré
Remarques :			
Nombre de traitements à ce jour : _____	Des traitements sont-ils encore nécessaires ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nombre approximatif de traitements : _____	Date de la fin des traitements
			Année
			Mois
			Jour
			Le médecin en charge a-t-il été avisé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Déclaration

Je certifie avoir dispensé les traitements déclarés ci-dessus comme : <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Thérapeute en réadaptation physique	Je déclare avoir reçu tous les traitements indiqués ci-dessus et demande à la Société de l'assurance automobile du Québec d'effectuer le paiement directement à la clinique.
_____ Nom (en lettres moulées)	_____ Nom (en lettres moulées) de la personne qui a signé
_____ N° du permis	_____ Date
_____ Signature	_____ Signature de la personne accidentée ou de son représentant
_____ Date	Année
	Mois
	Jour

## INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE

1. Le formulaire est produit en deux copies. La première doit être envoyée à la Société et la deuxième doit être conservée par la clinique.
2. La Société recommande à la clinique de lui transmettre sa facturation chaque mois.

### Définition des termes

- **N° de fournisseur** Numéro attribué par la Société à chaque clinique.
- **Calendrier des présences** **P** : lorsque la personne accidentée se présente au traitement.  
**A** : lorsque la personne accidentée ne se présente pas au traitement.
- **Nom et prénom du médecin en charge** Médecin présent à la clinique de physiothérapie qui a la responsabilité médicale de la personne accidentée (ceci s'applique lorsqu'il y a un médecin en chef à la clinique), ou en son absence, médecin traitant qui dirige la personne accidentée à la clinique et en suit l'évolution.

#### Adresse pour la correspondance :

Services aux accidentés  
Société de l'assurance automobile du Québec  
Case postale 2500, succ. Terminus  
Québec (Québec) G1K 8A2

**Veillez affranchir suffisamment vos envois.**

#### Pour obtenir d'autres formulaires, veuillez vous adresser au :

Service du pilotage et des solutions d'affaires  
333, boul. Jean-Lesage  
Case postale 19600  
Québec (Québec) G1K 8J6  
Tél.: (418) 528-4032

**OU**

**Consulter la section « Formulaires électroniques » du site Web de la SAAQ à l'adresse :**

[www.saaq.gouv.qc.ca](http://www.saaq.gouv.qc.ca)