

Données de base servant au traitement du dossier

N° de réclamation

N° de poste

 2^e envoi ou plus

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 au verso

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 Ind. rég.		

Fournisseur

N° de fournisseur	Nom					
Adresse		Municipalité	Code postal	Numéro de téléphone Ind. rég.		

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						Année	Mois	Jour
	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 ?	Date de la fin des traitements	Le médecin en charge a-t-il été avisé?
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Année	Mois
	Nombre approximatif de traitements : _____	Jour	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Déclaration

<p>Je certifie avoir dispensé les traitements déclarés ci-dessus comme :</p> <p><input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Thérapeute en réadaptation physique</p> <p>_____ Nom (en lettres moulées)</p> <p>_____ N° du permis</p> <p>_____ Signature</p> <p>_____ Date</p>	<p>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.</p> <p>_____ Nom (en lettres moulées) de la personne qui a signé</p> <p>_____ Date</p> <p>_____ Signature de la personne accidentée ou de son représentant</p>
---	--

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE

1. Le formulaire est produit en une seule copie.
2. Si cela fait plus d'une fois que vous transmettez la même demande de remboursement de frais de physiothérapie à la Société, veuillez cocher la case « 2^e envoi ou plus » sur la première page du formulaire.
3. 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.

POUR REMBOURSEMENT DE VOS FRAIS DE PHYSIOTHÉRAPIE

TRANSMETTRE PAR TÉLÉCOPIEUR AU NUMÉRO : 1 866 381-9599

Ce numéro est réservé exclusivement à la transmission de demandes de remboursement de frais de physiothérapie

Adresse pour la correspondance :

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

Veuillez affranchir suffisamment vos envois.

Pour obtenir d'autres formulaires, s'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