

Frais de déplacement pour recevoir des soins

N° de la réclamation

- Pour réclamer des frais de déplacement afin de recevoir des soins ou de suivre des traitements, veuillez fournir les renseignements ci-dessous et joindre les reçus originaux, s'il y a lieu.
- Les frais de transport par automobile privée sont remboursables. Cependant, les frais de transport par taxi sont remboursés uniquement lorsque le transport en commun ne dessert pas le trajet qui doit être effectué ou lorsque votre état de santé ne vous permet pas d'utiliser ce mode de transport.
- Tous les frais de déplacement réclamés doivent découler de l'accident. Ils doivent être inscrits, par ordre chronologique, sur le formulaire.
- Afin d'accélérer le traitement de votre demande, veuillez inscrire votre numéro de réclamation.

Identité de la personne accidentée

Nom de famille à la naissance		Date de l'accident Année Mois Jour		
Prénom				N° d'assurance maladie
Adresse N°	Rue		App.	
Case postale	Ville / Municipalité			
Province / État		Pays		Code postal

Frais de déplacement (joindre l'original des reçus)

A = Automobile C = Transport en commun I = Autocar, avion, train T = Taxi ▼

Date des déplacements Année Mois Jour	Raison du déplacement ⁽¹⁾								Autre (Préciser)	Moyen de transport	Distance aller-retour (km) ⁽²⁾	Stationnement	Montant réclamé ⁽³⁾
	Physiothérapeute	Ergothérapeute	Chiropraticien	Psychologue	Acupuncteur	Travailleur social	Visite médecin ou hôpital						
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													

⁽¹⁾ Raison du déplacement — Veuillez préciser la raison pourquoi vous avez effectué ce déplacement.

⁽²⁾ Distance aller-retour (km) — Seulement pour les distances parcourues avec une automobile.

⁽³⁾ Montant réclamé — Si vous réclamez des frais de kilométrage, vous n'avez pas à inscrire de montant.

**Frais de déplacement
pour recevoir des soins**

N° de la réclamation

Repas et coucher (joindre l'original des reçus) ⁽⁴⁾

	Date			Raison du déplacement								Coût des repas et du coucher (si justifié)			
	Année	Mois	Jour	Physio- thérapeute	Ergothé- rapeute	Chiro- praticien	Psycho- logue	Acupunc- teur	Travailleur social	Visite médecin ou hôpital	Autre	Déjeuner	Dîner	Souper	Coucher
1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
8				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
13				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
14				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
15				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
16				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

⁽⁴⁾ **Repas et coucher** — Si des frais de repas ou de coucher ont été engagés pour recevoir des soins, vous devez les inscrire dans la partie du formulaire prévue à cette fin et préciser la raison du déplacement. Vous devez aussi joindre l'original des reçus.

Déclaration

Je certifie que tous les renseignements inscrits dans ce document sont vrais et complets.

Signature de la personne accidentée ou la personne qui la représente

Date

Année Mois Jour

X

Ne rien écrire ici

Pour vous procurer une copie additionnelle de ce formulaire, communiquez par téléphone au numéro inscrit dans votre lettre d'accusé de réception ou consultez la section « Formulaires électroniques » du site Web de la SAAQ à l'adresse : www.saaq.gouv.qc.ca