

2^e envoi ou plus

Données de base servant au traitement du dossier	
Numéro de réclamation	Numéro 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 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	Téléphone Ind. rég.		

Fournisseur

Numéro de fournisseur	Nom
Adresse	
Municipalité	Code postal
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			

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

Nom et prénom du médecin en charge	Numéro 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 Nombre approximatif de traitements : _____ <input type="checkbox"/> Non
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 caractères d'imprimerie)	_____ Nom (en caractères d'imprimerie) de la personne qui a signé
_____ Signature	_____ Signature de la personne accidentée ou de son représentant
_____ Numéro du permis	_____ Date

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

- **Numéro 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 :

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, s'adresser au :

Service du pilotage
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