



Avec vous,
au cœur de votre sécurité

2^e envoi ou plus

Numéro de réclamation

La Société de l'assurance automobile du Québec a la responsabilité de juger de la **relation** entre les services d'ergothérapie reçus et l'accident d'automobile, ainsi que de la **pertinence** et de la **nécessité de ces services**. La Société ne s'engage pas à rembourser les montants qui sont inscrits sur le présent formulaire. En cas d'acceptation de cette demande, les montants remboursés sont établis en conformité avec la *Loi sur l'assurance automobile* et ses règlements.

Note : Voir les informations à la page suivante.

Section 1 – Renseignements sur la personne accidentée

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|------|--------|----------|--------|-------------------|-----------|------|------|
| Nom de famille à la naissance | | | Prénom | | | Date de naissance | Année | Mois | Jour |
| Date de l'accident | Année | Mois | Jour | Adresse | Numéro | | Rue | | |
| Appartement | Ville, village ou municipalité | | | Province | | Code postal | Téléphone | | |

Section 2 – Renseignements sur le fournisseur

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--------|-----|----------|-------------|-----------|-------|-------------|--|--------------|--|--|
| Numéro de fournisseur | | Nom | | | | | | | | | |
| Adresse | Numéro | Rue | | | | | | | Case postale | | |
| Ville, village ou municipalité | | | Province | Code postal | Téléphone | Poste | Télécopieur | | | | |

Section 3 – Facturation

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|-------|------|------|------|-------|------|--|---|--------|---------|
| Services d'ergothérapie fournis du : | | | Année | Mois | Jour | au : | Année | Mois | Jour | Temps consacré à fournir ces services : | Heures | Minutes |
| <input type="checkbox"/> Évaluation/activation (5 à 7 heures) : 735 \$ <input type="checkbox"/> Récupération fonctionnelle et retour aux activités <input type="checkbox"/> Emploi déterminé/autres clientèles (10 à 13 heures) : 1 113 \$ <input type="checkbox"/> Emploi réel (15 à 20 heures) : 1 722 \$ | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> Intégration/maintien supervisé à l'emploi (IMSE) (5 à 7 heures) : 735 \$ <input type="checkbox"/> Intervention additionnelle (15 à 20 heures) : 1 722 \$ <input type="checkbox"/> Autre : _____ | | | |

Section 4 – Interventions et rapport

| | | | |
|--|--|------------------------------|---|
| Les interventions sont-elles terminées? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non. Veuillez préciser : _____ |
| Un rapport a-t-il été rempli pour le bloc de services facturé? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| (Pour prendre connaissance de l'ensemble des éléments liés à la prestation des services, consultez l' extranet Santé de la Société.) | | | |

Section 5 – Calendrier des rencontres

(Pour chaque rencontre prévue, veuillez écrire « P » ou « A ». Voir la [définition des termes](#).)

| 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 |
|-------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Veuillez informer sans délai la Société de l'absence de la personne accidentée. Vous pouvez nous joindre au numéro suivant : **1 866 599-6915**.

Section 6 – Déclaration

| | | | |
|---|--|---|--|
| Je certifie avoir fourni les services professionnels déclarés ci-dessus comme ergothérapeute. | | Je déclare avoir reçu les services professionnels indiqués ci-dessus et demande à la Société de l'assurance automobile du Québec de payer directement le fournisseur. | |
| Nom et prénom (en caractères d'imprimerie) | | Numéro du permis de l'OEQ | |
| Signature | | Date (Année-Mois-Jour) | |
| Nom et prénom (en caractères d'imprimerie) de la personne qui a signé | | Signature de la personne accidentée ou de son représentant ou de sa représentante | |
| | | Date (Année-Mois-Jour) | |



Guide pour remplir le formulaire

1. Le formulaire est produit en une seule copie.
2. **Si vous avez déjà transmis une ou plusieurs demandes de remboursement de services d'ergothérapie à la Société pour la personne identifiée à la page précédente, veuillez cocher la case « 2^e envoi ou plus » sur la première page du formulaire.**
3. Vous devez transmettre la demande de remboursement une fois le bloc de services d'ergothérapie terminé.

Définition des termes

- **Numéro de fournisseur** Il s'agit du numéro attribué par la Société à chaque clinique.
- **Calendrier des rencontres** **P** : La personne accidentée s'est présentée à la rencontre.
A : La personne accidentée ne s'est pas présentée à la rencontre.

**Pour remboursement de vos services d'ergothérapie
Transmettez ce formulaire par télécopieur au numéro : 1 866 381-9599.**

Adresse pour la correspondance :

Société de l'assurance automobile du Québec
Case postale 2500, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 8A2

Veuillez affranchir suffisamment vos envois.

Pour obtenir d'autres formulaires, adressez-vous au :

Service du pilotage
Société de l'assurance automobile du Québec
Édifice Jean-Lesage
333, boulevard Jean-Lesage
Case postale 19600, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 8J6

Téléphone : 418 528-4032

Vous pouvez également consulter l'extranet Santé de la Société : saaq.gouv.qc.ca/extranet-sante.

Renseignements personnels

La Société ne recueille que les renseignements personnels qui sont indispensables à l'exercice de ses attributions et à l'application des lois dont elle a la responsabilité en tout ou en partie. Son personnel autorisé traite de façon confidentielle les renseignements personnels qui lui sont confiés. Ils peuvent être communiqués à ses mandataires et à certains ministères et organismes, y compris ceux situés à l'extérieur du Québec, le tout conformément à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Ils peuvent aussi servir aux fins de production de statistiques, d'étude, de sondage, d'enquête ou de vérification. Omettre de les fournir peut entraîner un refus du service demandé. Vous pouvez consulter les renseignements personnels vous concernant, en obtenir une copie ou les faire corriger.

Pour plus d'information, consultez la Politique de confidentialité de la Société à saaq.gouv.qc.ca/confidentialite ou téléphonez au Centre des relations avec la clientèle de la Société.