

Guide pour remplir le formulaire

Le remboursement de tout traitement de physiothérapie doit préalablement être autorisé par la Société.

Des balises encadrent l'autorisation des remboursements :

Évaluation initiale	1 traitement	Aucun écrit n'est requis à cet effet.
Balise 1	1 à 20 traitements 8 à 12 semaines	Au départ, pour toutes les blessures, un remboursement de traitement est autorisé : <ul style="list-style-type: none">pour un nombre maximal de 20 traitements;pour une période maximale de 12 semaines, si le nombre de traitements reçus par la personne ne dépasse pas 20.
Balise 2	21 à 40 traitements	Pour des blessures multiples ou complexes, le remboursement d'un maximum de 20 traitements additionnels pourra être autorisé.
Balise 3	+ de 40 traitements	Pour des situations complexes, le remboursement de traitements additionnels pourra être autorisé en autant que les objectifs visés soient pertinents et que les traitements suggérés soient la seule option possible.

Le présent rapport d'évolution doit être rempli et transmis à la Société s'il est prévu que le nombre maximal de remboursements qui a été autorisé sera dépassé.

Pour assurer à la fois la pertinence des informations pour la Société ainsi que la continuité des traitements pour la personne accidentée, le présent rapport doit être rempli et transmis à la Société :

Demande de balise 2 = au 15^e traitement ou à la 9^e semaine, quel que soit le nombre de traitements;

Demande de balise 3 = au 35^e traitement.

Pour que la Société puisse se prononcer sur la poursuite ou non des remboursements, vous devez :

- remplir toutes les cases du formulaire;
- cocher la balise demandée : ☐ Balise 2 ☐ Balise 3

La balise 3 doit être cochée pour toute demande subséquente dans un dossier dépassant 40 traitements.

Pour déterminer si des traitements additionnels peuvent être couverts et remboursés, la Société se base, en fonction des blessures traitées, sur la démonstration que des progrès objectifs significatifs, incluant des gains fonctionnels, ont été obtenus et/ou sont attendus dans la demande de poursuite des traitements.

Un rapport imprécis ou incomplet retardera la décision de la Société et, si requis, fera l'objet d'un appel au professionnel de la physiothérapie pour obtenir des précisions ou des informations supplémentaires.

La Société se réserve le droit de ne pas payer un rapport imprécis, incomplet ou non requis.

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 de relations avec la clientèle de la Société.

TROIS FAÇONS DE TRANSMETTRE UN DOCUMENT : Service en ligne Envoi de documents et remboursement de frais pour les intervenants :

saaq.gouv.qc.ca/documentsintervenants

Télécopieur : 1 866 381-9599

Poste : Société de l'assurance automobile du Québec

Case postale 2500, succursale Terminus

Québec (Québec) G1K 8A2

Conservez l'original ou une copie pour vos dossiers.

Section 1 - Renseignements sur la personne accidentée

Nom de famille		Prénom		Date de naissance (Année-Mois-Jour)	
Adresse		Code postal	Médecin référant ou infirmière praticienne spécialisée (IPS)		
Nombre de traitements (en date du présent rapport)		Diagnostic (blessures reliées à l'accident ▶ référence du médecin traitant ou de l'IPS)			
Date de début des traitements (Année-Mois-Jour)					

Section 2 - Évolution : Données évaluatives sur les progrès réalisés ▶ Initiales/Actuelles

Subjectif	Symptômes ▶ Initiaux/Actuels		Capacités fonctionnelles AVQ/AVD ▶ Initiales/Actuelles	
	Amélioration % _____ Stable _____ Détérioration % _____ Raisons :		Tolérance posturale Assise : _____ / _____ Debout : _____ / _____ Marche : _____ / _____	
Objectif	Amplitude des mouvements par articulation touchée ▶ Précisez : Données initiales/Données actuelles			
	Bilan musculaire : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sous-optimal ▶ Initial/Actuel		Tests spécifiques : <input type="checkbox"/> N/E <input type="checkbox"/> Oui ▶ Précisez :	
	Palpation ▶ Données actuelles seulement			
Limitations et restrictions fonctionnelles ▶ Données initiales/Données actuelles				

Section 3 - Évolution attendue

Gains visés avec la physiothérapie	Nombre de traitements prévu :	Fréquence :
	Autres interventions à envisager <input type="checkbox"/> Programme d'exercices supervisé <input type="checkbox"/> DCF <input type="checkbox"/> Ergothérapie <input type="checkbox"/> Autres : _____ <input type="checkbox"/> ECF Justifiez :	
Autres observations/Commentaires	Consultation spécialiste/Examens complémentaires prévus : Description et date	

Section 4 - Signature

Nom du professionnel de la physiothérapie (en caractères d'imprimerie)	<input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Technologue en physiothérapie	Numéro de permis d'exercice
Signature	Date (Année-Mois-Jour)	<input type="checkbox"/> Je désire qu'un représentant de la Société communique avec moi
Nom et adresse de la clinique		Téléphone de la clinique

Avec vous,
au cœur de votre sécurité

Section 1 – Renseignements sur la personne accidentée

Nom à la naissance et prénom

Numéro de réclamation

Le paiement des frais pour la préparation du rapport d'évolution en physiothérapie se fait au nom :

- ☐ du professionnel de la physiothérapie
- ☐ du fournisseur

Section 2 – Renseignements sur le professionnel de la physiothérapie

Nom et prénom (en caractères d'imprimerie)

Numéro de permis d'exercice

Adresse

Code postal

Téléphone

Poste

Date

Année

Mois

Jour

Montant réclamé : \$

Section 3 – Renseignements sur le fournisseur

Nom et prénom (en caractères d'imprimerie)

Numéro de fournisseur

Adresse

Code postal

Téléphone

Poste

Date

Année

Mois

Jour

Montant réclamé : \$

Transmettre par télécopieur au 1 866 381-9599 (original non requis).
Ce numéro est réservé à la transmission des demandes de remboursement de frais de physiothérapie, des rapports d'évolution en physiothérapie et des factures pour rapport d'évolution en physiothérapie.

Adresse pour la correspondance :
Société de l'assurance automobile du Québec
Case postale 2500, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 8A2

Aide-mémoire

Section 1 - Renseignements sur la personne accidentée

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (Année-Mois-Jour)
Adresse	Code postal	Médecin référant ou infirmière praticienne spécialisée (IPS)
Nombre de traitements (en date du présent rapport)	Diagnostic (blessures reliées à l'accident ► référence du médecin traitant ou de l'IPS)	
Date de début des traitements (Année-Mois-Jour)		

Section 2 - Évolution : Données évaluatives sur les progrès réalisés ► Initiales/Actuelles

Subjectif	Symptômes ► Initiaux/Actuels (Balise 2) ► Actuels (Balise 3) <ul style="list-style-type: none"> Douleur/intensité échelle 0 à 10 Type de douleur (brûlure/pincement/etc.) Élanement/Picotement/Engourdissement Description du territoire de la ou des douleurs Etc. Amélioration % _____ Stable _____ Détérioration % _____ Raisons :	Capacités fonctionnelles AVQ/AVD ► Initiales/Actuelles (Balise 2) ► Actuelles (Balise 3) <ul style="list-style-type: none"> Concernant ce que la personne accidentée faisait avant le fait accidentel 	
	Tolérance posturale ► Initiale/Actuelle Assise : _____ / _____ Debout : _____ / _____ Marche : _____ / _____		
Objectif	Amplitude des mouvements par articulation touchée ► Initiale/Actuelle (Balise 2) ► Actuelle (Balise 3) <p>Utilisez le même instrument ou la même méthode de mesure qu'à l'évaluation initiale, si possible :</p> <ul style="list-style-type: none"> Actif/Passif En degré En cm ► Indiquez la normale Avec CROM Croix de Lesage Etc. 		
	Bilan musculaire : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sous-optimal ► Initial/Actuel (Balise 2) ► Actuel (Balise 3)	Tests spécifiques : <input type="checkbox"/> N/E <input type="checkbox"/> Oui ► Précisez : <ul style="list-style-type: none"> Ligamentaire Tendineux Neurologique En lien avec l'articulation touchée (positif ou négatif) 	
	Palpation ► Données actuelles seulement <ul style="list-style-type: none"> Site de douleur par rapport à la structure anatomique/Induration Tonus musculaire/Spasmes/Etc. 		
	Limitations et restrictions fonctionnelles ► Initiales/Actuelles (Balise 2) ► Actuelles (Balise 3) <div> <div> Exemples de limitations : <ul style="list-style-type: none"> Ne peut soulever 10 kg Ne peut rester debout/assis plus de 30 minutes Ne peut s'accroupir/rester accroupi </div> <div> Exemples de restrictions : <ul style="list-style-type: none"> Doit éviter la marche prolongée Doit éviter de lever le bras au-dessus des épaules Doit éviter de soulever des charges de plus de 5 kg </div> </div>		

Section 3 - Évolution attendue

Gains visés avec la physiothérapie <ul style="list-style-type: none"> Gains d'amplitude Gains de force musculaire Gains de capacités fonctionnelles Autres gains <p>Pour chacun des gains, indiquez le pourcentage de récupération visé après les traitements supplémentaires.</p>	Nombre de traitements prévu : _____ Fréquence : _____
Autres observations/Commentaires <p>Participation de la PA/Kinésiophobie/Conditions associées/Facteurs psychosociaux pertinents/Etc.</p>	Autres interventions à envisager <input type="checkbox"/> Programme d'exercices supervisé <input type="checkbox"/> DCF <input type="checkbox"/> Ergothérapie <input type="checkbox"/> Autres : _____ <input type="checkbox"/> ECF Justifiez : _____ Consultation spécialiste/Examens complémentaires prévus : Description et date

Section 4 - Signature

Nom du professionnel de la physiothérapie (en caractères d'imprimerie)	<input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Technologue en physiothérapie	Numéro de permis d'exercice
Signature	Date (Année-Mois-Jour)	<input type="checkbox"/> Je désire qu'un représentant de la Société communique avec moi
Nom et adresse de la clinique		Téléphone de la clinique