



☐ 2^e envoi ou plus

Numéro de réclamation

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 leur **pertinence** et 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.

Section 1 - Renseignements sur la personne accidentée

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (A-M-J)	Date de l'accident (A-M-J)
Adresse		Code postal	Téléphone

Section 2 - Fournisseur

Numéro de fournisseur	Nom		
Adresse		Code postal	Téléphone

Section 3 - Facturation

Traitement de physiothérapie	DU	Année	Mois	Jour	AU	Année	Mois	Jour
Nombre de traitements :	Tarif unitaire :	\$	Total :	\$	<input type="checkbox"/> Traitement à domicile			
Les traitements sont-ils terminés ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Raison :				

A = Absence* P = Présence E = Évaluation initiale

Section 4 - 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

* 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 5 - Déclaration

Je certifie avoir dispensé les traitements déclarés ci-dessus comme :

☐ Physiothérapeute ☐ Technologue en physiothérapie

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 au fournisseur.

Nom (en caractères d'imprimerie) Numéro du permis d'exercice

Nom (en caractères d'imprimerie) de la personne Date (Année-Mois-Jour)
qui a signé

Signature Date (Année-Mois-Jour)

Signature de la personne accidentée ou de son représentant

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.

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 demande de remboursement chaque mois.
4. Seule la première ordonnance est requise pour autoriser le remboursement des traitements.

Définition des termes

- Numéro de fournisseur Numéro attribué par la Société à chaque clinique.
- Calendrier des présences E : lorsque la personne accidentée se présente pour l'évaluation initiale.
P : lorsque la personne accidentée se présente au traitement.
A : lorsque la personne accidentée ne se présente pas au traitement.

POUR REMBOURSEMENT DE VOS FRAIS DE PHYSIOTHÉRAPIE

TRANSMETTRE PAR TÉLÉCOPIEUR AU NUMÉRO : 1 866 381-9599

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

Veillez affranchir suffisamment vos envois.

Pour obtenir d'autres formulaires, s'adresser au :

Service du pilotage
Édifice Jean-Lesage
333, boulevard Jean-Lesage
Case postale 19600, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 8J6
Téléphone : 418 528-4032

OU

Consulter la section « Formulaires électroniques »
du site Web de la Société à l'adresse : saaq.gouv.qc.ca/extranet-sante