



Avec vous,
au cœur de votre sécurité

Numéro de réclamation

La Société de l'assurance automobile du Québec a la responsabilité de juger la **relation** entre les frais de psychoéducation 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 couverture d'assurance.

Section 1 – Renseignements sur la personne accidentée

Nom		Prénom	Date de naissance (A-M-J)	Date de l'accident (A-M-J)
Adresse	Numéro	Rue	Appartement	
	Ville, village ou municipalité		Code postal	Téléphone

Section 2 – Facturation des services

2.1 Interventions en psychoéducation :		Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour
		Du			Au		
Nombre d'heures réalisées : _____ X Tarif unitaire : _____ \$ = Total : _____ \$							
2.2 Les interventions sont-elles terminées?							
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ➤ Si non, précisez : <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>							
2.3 Rapport rempli pour le service facturé :							
<input type="checkbox"/> Évaluation initiale <input type="checkbox"/> Suivi d'évolution <input type="checkbox"/> Évaluation finale							

Section 3 – Calendrier des présences

A = Absence (Veuillez informer sans délai la Société de l'absence de la personne accidentée, car seul le service rendu est remboursable. En cas d'absence, appliquez votre politique habituelle.)
 P = Présence

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



Section 4 – Facturation des frais de déplacement, de coucher et de repas (veuillez conserver les pièces justificatives)

Section 5 – Déclaration du fournisseur

Numéro du fournisseur	Nom	Numéro de permis d'exercice	
Adresse	Numéro	Rue	Appartement
	Ville, village ou municipalité		
	Code postal	Téléphone	Poste

Signature

Je certifie avoir offert les services professionnels déclarés ci-dessus comme psychoéducateur ou psychoéducatrice et je déclare avoir obtenu l'autorisation écrite de la personne accidentée pour demander le remboursement des services directement à la Société de l'assurance automobile du Québec.

Date (Année-Mois-Jour)

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

saaq.gouv.qc.ca/services-en-ligne/intervenants-externes

Télécopieur: 1 866 289-7952

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.

Le formulaire est disponible sur le site Web de la Société à saag.gouv.qc.ca/extranet-sante.