

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 traitements de psychologie 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 : La Société demande au psychologue ou au psychothérapeute de lui transmettre la demande de remboursement chaque mois.**

**Section 1 - Renseignements sur la personne accidentée**

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

**Section 2 - Renseignements sur le psychologue ou le psychothérapeute**

Nom			
Adresse	Code postal	Téléphone	

**Section 3 - Facturation**

Traitement de psychologie	DU	Année	Mois	Jour	AU	Année	Mois	Jour
Nombre d'heures pour l'évaluation initiale (max. 3 heures) : _____								
Nombre d'heures de traitements : _____ + _____								
Total des heures réclamées ▶ <input type="text"/> = X Tarif : _____ \$ = Total : _____ \$								
Les traitements sont-ils terminés ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Raison : _____								

**Section 4 - Calendrier des présences**

A = Absence*		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

\* 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.

**Section 5 - Déclaration**

Je déclare avoir offert les traitements de psychologie déclarés ci-dessus à titre de :

☐ Psychologue ☐ Psychothérapeute

Nom (en caractères d'imprimerie)

Numéro du permis d'exercice

Signature

Date (Année-Mois-Jour)

Je déclare avoir participé à tous les traitements indiqués ci-dessus et demande à la Société de l'assurance automobile du Québec d'effectuer le paiement directement au psychologue ou au psychothérapeute mentionné ci-contre.

Nom (en caractères d'imprimerie) de la personne qui a signé

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](http://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 externes :  
[saaq.gouv.qc.ca/documents/intervenants](http://saaq.gouv.qc.ca/documents/intervenants)  
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 [saaq.gouv.qc.ca/extranet-sante](http://saaq.gouv.qc.ca/extranet-sante).