

Avec vous,  
 au cœur de votre sécurité

2<sup>e</sup> envoi ou plus

Numéro de réclamation

La Société de l'assurance automobile du Québec a la responsabilité de juger de la **relation** entre les frais de traitements d'ergothérapie dont le remboursement est demandé et l'accident de la route, ainsi que de la **pertinence** et de la **nécessité de ces traitements**. La Société ne s'engage pas à rembourser les frais 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.**

**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       |      |      |
| Ville, village ou municipalité |  |  |       |        |      | Province |  |                   | Code postal |  | Téléphone |      |      |

**Renseignements sur le fournisseur**

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

**Facturation**

|                            |  |                  |  |    |         |  |       |   |      |    |  |  |       |      |      |
|----------------------------|--|------------------|--|----|---------|--|-------|---|------|----|--|--|-------|------|------|
| Traitements d'ergothérapie |  |                  |  | Du |         |  | Année | Mois  | Jour | Au |  |  | Année | Mois | Jour |
| Nombre de traitements :    |  | Tarif unitaire : |  |    | Total : |  |       | <input type="checkbox"/> Traitements à domicile |      |    |  |  |       |      |      |

**Calendrier des présences** (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 |
|-------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
|       |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

**Suivi clinique**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nom et prénom du médecin en charge   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Numéro de permis   |      |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Diagnostic médical (selon la condition de référence)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Problèmes notés  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nature des traitements (modalités thérapeutiques utilisées)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Évolution de l'état <input type="checkbox"/> Amélioré _____ % <input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Détérioré |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Remarques :  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre de traitements à ce jour :  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Des traitements sont-ils encore nécessaires? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |      |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Date de la fin des traitements   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Année  | Mois | Jour | Le médecin en charge a-t-il été avisé?<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Déclaration**

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|------------------------|--|--|--|--|--|--|
| Je certifie avoir dispensé les traitements déclarés ci-dessus comme ergothérapeute. |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 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 à la clinique. |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |
| Nom et prénom (en caractères d'imprimerie)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Numéro du permis   |  |  |  |  |  |  | Nom et prénom (en caractères d'imprimerie) de la personne qui a signé             |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |
| Signature   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Date (Année-Mois-Jour)   |  |  |  |  |  |  | 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 frais d'ergothérapie à la Société pour la personne identifiée à la page précédente, veuillez cocher la case « 2<sup>e</sup> envoi ou plus » sur la première page du formulaire.
3. La Société recommande à la clinique de lui transmettre sa facturation chaque mois.

## Définition des termes

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

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

[saaq.gouv.qc.ca/documentsintervenants](http://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.**

### 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  
Québec (Québec) G1K 8J6

Téléphone : 418 528-4032

### 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 des relations avec la clientèle de la Société.