

Important

Pour réclamer le remboursement de vos frais, lors de déplacements pour recevoir des soins ou pour suivre des traitements, veuillez remplir ce formulaire.

Ne pas transmettre vos reçus. Veuillez les conserver pour une période de trois ans afin de pouvoir nous les fournir sur demande.

Numéro de réclamation _____ **Page** 1/2

- Les frais de transport par automobile privée sont remboursables en fonction du kilométrage. Cependant, les frais de transport par taxi sont remboursés seulement lorsque le transport en commun ne dessert pas le trajet qui doit être effectué ou lorsque votre état de santé ne vous permet pas d'utiliser ce mode de transport.
- Tous les frais de déplacement doivent découler de l'accident ou de la rechute, selon le cas. Ils doivent être inscrits par ordre chronologique sur le formulaire.
- Afin d'accélérer le traitement de votre demande, veuillez inscrire votre numéro de réclamation.

Renseignements sur la personne accidentée

Nom de famille à la naissance _____ Date de l'accident
 Année Mois Jour
 Prénom _____ Numéro d'assurance maladie _____
 Adresse Numéro Rue Appartement
 Case postale Ville, village ou municipalité
 Province/État Pays Code postal

Frais de déplacement (conservez vos reçus)

	Date des déplacements			Raison du déplacement								Moyen de transport	Distance aller-retour (km)	Stationnement	Montant réclamé
	Année	Mois	Jour	Physiothérapeute	Ergothérapeute	Chiropraticien	Psychologue	Acupuncteur	Travailleur social	Médecin ou hôpital	Autre (Préciser)				
1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
6				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
7				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
8				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
9				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
11				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
12				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
13				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
14				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Déclaration

Je certifie que tous les renseignements inscrits dans ce formulaire sont vrais et complets.

Signature de la personne accidentée majeure ou du représentant de la personne accidentée

Date

Année Mois Jour

X

1. **Raison du déplacement** — Veuillez préciser la raison pour laquelle vous avez effectué ce déplacement.
2. **Distance aller-retour (km)** — Seulement pour les distances parcourues avec une automobile.
3. **Montant réclamé** — Si vous réclamez le remboursement de frais de kilométrage, vous n'avez pas à inscrire de montant.

Repas et coucher (conservez vos reçus) ⁴

G = Gatineau **L** = Laval ou Longueuil **M** = Île de Montréal ou hors Québec **Q** = Agglomération de Québec **A** = Ailleurs au Québec **X** = Ailleurs que dans un établissement hôtelier ▼

	Date			Raison du déplacement							Coût des repas et du coucher (si justifié)				Endroit du coucher	
	Année	Mois	Jour	Physio- thérapeute	Ergothé- rapeute	Chiro- praticien	Psycho- logue	Acupunc- teur	Travailleur social	Médecin ou hôpital	Autre	Déjeuner	Dîner	Souper		Coucher
1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
6				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
7				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
8				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
9				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
11				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
12				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
13				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
14				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
15				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
16				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

4. **Repas et coucher** — Si des frais de repas ou de coucher ont été engagés pour recevoir des soins, vous devez les inscrire dans la partie du formulaire prévue à cette fin et préciser la raison du déplacement.

<p style="text-align: center;">Déclaration</p> <p>Je certifie que tous les renseignements inscrits dans ce formulaire sont vrais et complets.</p>	<p>Signature de la personne accidentée majeure ou du représentant de la personne accidentée</p> <p style="text-align: center; font-size: 24px; font-weight: bold;">X</p>	<p style="text-align: right;">Date</p> <p style="text-align: right;">Année Mois Jour</p>
--	--	---

Rappel : Transmettre uniquement ce formulaire dûment rempli. Conservez vos reçus pour une période de trois ans afin de pouvoir nous les fournir sur demande.

Vous pouvez vous procurer un autre exemplaire de ce formulaire dans la section « Formulaires électroniques » du site Web de la Société au saaq.gouv.qc.ca ou en téléphonant à notre Centre des relations avec les accidentés au 1 800 463-6890.

TROIS FAÇONS DE TRANSMETTRE UN DOCUMENT :

Service en ligne Envoi de documents : saaq.gouv.qc.ca
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.