

Les frais relatifs à ce rapport sont remboursés à la personne accidentée lorsqu'elle les a payés, et ce, selon le montant maximum de 25 \$ prévu par la Société.

Section 1 - Renseignements sur la personne accidentée

Nom à la naissance, prénom		Sexe <input type="checkbox"/> Féminin	
		<input type="checkbox"/> Masculin	
Adresse			Code postal
Numéro d'assurance maladie	Date de naissance	Téléphone (résidence)	
	Année Mois Jour	Ind. rég.	

Section 2 - À remplir par le médecin

Remplissez ce formulaire si vous considérez que la personne accidentée présente un préjudice physique et/ou psychique dû à son accident d'automobile. La qualité de l'évaluation de sa réclamation est, entre autres, fonction de la qualité et de la lisibilité de l'information que vous inscrirez dans ce rapport.

Date de l'accident	Date de l'examen	Date du décès (s'il y a lieu)
Année Mois Jour	Année Mois Jour	Année Mois Jour
Indiquez les blessures ou diagnostics reliés à l'accident (précisez la localisation des atteintes cutanées) :		

Indiquez les conditions médicales actuelles qui pourraient avoir un impact sur l'évolution des blessures :		

Un traitement a-t-il été prescrit ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lequel ?		
<input type="checkbox"/> Pharmacologique <input type="checkbox"/> Chirurgical <input type="checkbox"/> Physiothérapie/ergothérapie <input type="checkbox"/> Psychologique <input type="checkbox"/> Autre, précisez :		
Y a-t-il présence de limitations et/ou de restrictions fonctionnelles ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, quelles sont-elles ? _____		
Quelle en est la durée prévue ? <input type="checkbox"/> 1 semaine ou moins <input type="checkbox"/> 1 à 4 semaines <input type="checkbox"/> Plus de 4 semaines ▶ Si connue, date de fin : Année Mois Jour		
Est-il probable que les blessures reliées à l'accident entraînent : – Des séquelles permanentes ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne peux me prononcer		
– Des cicatrices ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne peux me prononcer		
Prévoyez-vous assurer le suivi clinique de ce patient ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ▶ Si oui, date du prochain rendez-vous : Année Mois Jour		
Désirez-vous qu'un représentant de la Société communique avec vous ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Au besoin <input type="checkbox"/> Non		

Renseignements sur le médecin

Nom et prénom (caractères d'imprimerie)		Numéro de permis d'exercice	
Adresse			
Code postal	Téléphone Ind. rég.	Poste	Télécopieur Ind. rég.
Courriel		<input type="checkbox"/> Omnipraticien	
		<input type="checkbox"/> Spécialiste, précisez :	
Signature du médecin (ne pas utiliser d'estampille)		Date Année Mois Jour	

Ne rien écrire ici

Numéro de la réclamation

La communication de renseignements personnels

Le personnel autorisé de la Société de l'assurance automobile du Québec traite de façon confidentielle les renseignements personnels qui lui sont confiés. Ils sont indispensables pour appliquer la Loi sur l'assurance automobile et le Code de la sécurité routière. La Société communique ces renseignements à ses mandataires et à certains ministères et organismes, selon la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Ces renseignements peuvent aussi servir à des fins 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 ces renseignements ou demander par écrit à les corriger. Pour plus d'information, adressez-vous aux centres de relations avec la clientèle ou consultez la Politique de confidentialité de la Société au www.saaq.gouv.qc.ca.

Au médecin : Remettre l'original de ce rapport à la personne accidentée ou à son représentant, qui le transmettra à la Société accompagné du formulaire *Demande d'indemnité*.
À la personne accidentée : Pour obtenir une *Demande d'indemnité*, communiquer avec la Société du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30 en composant le 1 888 810-2525 ou consulter le site Web de la Société au www.saaq.gouv.qc.ca.

Section 1 - Renseignements sur la personne accidentée

(Champs obligatoires pour le remboursement)

Nom à la naissance, prénom

Numéro de réclamation

Section 2 - Renseignements sur le rapport médical

Type de rapport médical

- Rapport médical initial * (IT) Rapport médical d'évaluation (IV)
 Rapport médical d'évolution (IO) Rapport médical sur les séquelles (IQ)

* Le remboursement des frais relatifs à un rapport médical initial n'est effectué que lorsque la Société reçoit de la personne accidentée le formulaire *Demande d'indemnité*. Pour obtenir ce formulaire, communiquer avec la Société du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30 en composant le 1 888 810-2525 ou consulter le site Web de la Société au www.saaq.gouv.qc.ca.

Section 3 - Reçu du réclamant

Montant réclamé Signature du médecin (ou de la personne responsable)

Date

Année

Mois

Jour

(J'atteste avoir reçu de la personne accidentée le montant réclamé)

Acheminer par courrier : Société de l'assurance automobile du Québec, Case postale 2500, succ. Terminus, Québec (Québec) G1K 8A2
Par télécopieur : 1 866 289-7952

NE RIEN ÉCRIRE ICI