

Commission des services financiers de l'Ontario

Recherche

[Recherche avancée](#)

[Accueil](#) | [Plan du site](#) | [Formules](#) | [Services en ligne](#) | [English](#) | [Contactez](#)



Services offerts dans différents secteurs de services financiers

[Assurance](#) [Retraites](#) [Audiences/Décisions](#) [Permis/Enregistrement](#) [Qui nous réglementons](#) [À propos de la CSFO](#) [Publications](#)

[Page d'accueil](#) > [Publications](#) > [Bulletins](#) > [AutomobileBulletins](#) > [2003](#) : Application des Lignes directrices sur les

services professionnels; nouvelles Lignes directrices du surintendant concernant : les Conflits d'intérêts dans le

processus de sélection du Centre d'évaluation désigné (CED) et les obligations relatives aux rapports des CED qui

évaluent des programmes de traitement et les Documents des assureurs acheminés aux personnes assurées.

Taille du texte :

**Assurance multirisques -
Bulletins - Auto**

**Bulletins sur les régimes
de retraite**

**Bulletins de contrôle et
de mise en application**

**Bulletins sur les
changements à la
délivrance de permis**

Bulletins par secteur

Bulletin

No. A - 17/03

I.A.R.D.

– Auto

NOTE: Les bulletins affichés sur ce site Web vous sont offerts comme références historiques seulement. Les informations qu'ils renferment sont exactes à la date de publication, mais sont sujettes à changement et peuvent avoir été remplacées par un bulletin ultérieur. Les utilisateurs sont encouragés à vérifier ces informations avant de prendre toute décision.

Les bulletins affichés peuvent contenir des formules périmées. Pour la version actuelle des formules de la CSFO, veuillez consulter la [section formules](#) de ce site Web.

Application des Lignes directrices sur les services professionnels; nouvelles Lignes directrices du surintendant concernant : les Conflits d'intérêts dans le processus de sélection du Centre d'évaluation désigné (CED) et les obligations relatives aux rapports des CED qui évaluent des programmes de traitement et les Documents des assureurs acheminés aux personnes assurées.

À l'intention de toutes les compagnies d'assurance autorisées

à faire souscrire de l'assurance automobile en Ontario et

à l'intention des Centres d'évaluation désignés

Par ce Bulletin, la Commission des services financiers de l'Ontario fournit des précisions sur les *Lignes directrices sur les services professionnels* et émet deux nouvelles Lignes directrices du surintendant.

1. Application des *Lignes directrices sur les services professionnels*

Ce bulletin fournit des précisions sur l'application des Lignes directrices du surintendant no 05/03, intitulées *Lignes directrices sur les services professionnels*, émises le 18 septembre 2003.

Les taux horaires maximums et les frais maximums des *Lignes directrices sur les services professionnels* s'appliquent uniquement aux coûts des services décrits dans les *Lignes directrices* et fournis par des fournisseurs de soins de santé énumérés dans les *Lignes directrices*. La mention, dans les *Lignes directrices*, des « Fournisseurs de services non réglementés » a uniquement pour but d'identifier les fournisseurs de soins de santé qui ne sont pas réglementés en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (p. ex., les kinésologues et les gestionnaires de cas qui ne sont pas autrement membres de professions réglementées en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*).

En outre, les fournisseurs qui des fournissent des services autres que des services de soins de santé n'entrent pas dans la catégorie des « Fournisseurs non réglementés ».

Les *Lignes directrices sur les services professionnels* ne s'appliquent pas aux programmes de traitement approuvés avant le 18 septembre 2003. Les assureurs doivent payer les soins et les traitements fournis dans le cadre des programmes de traitement approuvés avant le 18 septembre 2003 aux taux établis par les programmes de traitement tels qu'approuvés, que ces soins et ces traitements soient fournis avant le 1er novembre 2003 ou après cette date.

Il n'est pas interdit aux assureurs de payer des indemnités supérieures aux frais ou taux horaires maximums établis dans les *Lignes directrices sur les services professionnels*.

Les *Lignes directrices sur les services professionnels* ne s'appliquent pas aux frais exigés par les Centres d'évaluation désignés.

2. Lignes directrices du surintendant : *Conflits d'intérêts dans le processus de sélection des Centres d'évaluation désignés (CED) et obligations relatives aux rapports des CED qui évaluent des programmes de traitement*

Le surintendant des services financiers émet des lignes directrices pour prendre en compte toute situation possible de conflit d'intérêts découlant du nouveau processus de sélection des CED (article 53 de l'*Annexe sur les indemnités*

d'accident légales, telle que modifiée).

Ces lignes directrices traitent également des rapports que les CED doivent fournir à propos des programmes de traitement dans les cas où le CED a déterminé que la déficience de la personne assurée n'est pas visée par les *Lignes directrices pré-autorisées*.

Les *Lignes directrices* (no 08/03) sont jointes au présent document.

3. Lignes directrices du surintendant : *Documents des assureurs acheminés aux personnes assurées*

Le surintendant des services financiers émet des lignes directrices afin de décrire les circonstances dans lesquelles un fournisseur de soins de santé peut agir comme représentant autorisé d'une personne assurée pour les fins spécifiques de la réception de certains documents d'un assureur, lorsque certaines conditions particulières sont remplies.

Les *Lignes directrices* (no 09/03) sont jointes au présent document.

Personnes-ressources

Toute question concernant ce Bulletin doit être adressée à l'Unité des politiques de l'assurance automobile de la CSFO en communiquant avec le Service d'assistance téléphonique des CED au 416-590-7137 ou au 1 800 668-0128, poste 7137, ou par télécopieur, au 416-590-7265. Vous pouvez également écrire à la CSFO :

Unité des politiques de l'assurance automobile

Commission des services financiers de l'Ontario

5160, rue Yonge, C.P. 85

North York, Ontario

M2N 6L9

Bryan P. Davies

Directeur général et

surintendant des services financiers

Le 30 octobre 2003

Pièces jointes :

- [Conflits d'intérêts dans le processus de sélection du Centre d'évaluation désigné \(CED\) et obligations relatives aux rapports des CED qui évaluent des programmes de traitement](#)
- [Documents des assureurs acheminés aux personnes assurées](#)



Pour visualiser les fichiers PDF, vous devez avoir la version 7.0 d'Adobe Acrobat® Reader. Vous pouvez télécharger ce logiciel gratuit à partir du [site Web d'Adobe](#).

Page: 174 Trouver la page:



Version à imprimer



Marquer la page d'un signet



Envoyer cette page

[Avis importants](#) | [Confidentialité](#)

[Accueil](#) | [Ministère des Finances](#) | [Plan du site](#) | [Commentaires](#) | [English](#) | [Contactez](#)

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2006

Commission des services financiers de l'Ontario
5160, rue Yonge
Toronto, ON M2N 6L9
1 800 668-0128
416 250-7250



Dernière mise à jour :
8/23/2005 3:35:05 PM



Financial Services
Commission
of Ontario

Commission des
services financiers
de l'Ontario

Octobre 2003

**Conflits d'intérêts dans le processus de
sélection du Centre d'évaluation désigné (CED)
et obligations relatives aux rapports des CED
qui évaluent des programmes de traitement**

Lignes directrices du surintendant No. 08/03

Conflits d'intérêts dans le processus de sélection du Centre d'évaluation désigné (CED) et obligations relatives aux rapports des CED qui évaluent des programmes de traitement

Introduction

Les présentes Lignes directrices sont émises en vertu de l'article 268.3 (1) de la Loi sur les assurances aux fins du Règl. de l'Ont. 403/96, Annexe sur les indemnités d'accident légales - accidents survenus le 1er novembre 1996 ou après ce jour, modifié par le Règl. de l'Ont. 380/03.

Évaluateurs en conflits d'intérêts

Les modifications à l'article 53 de l'AIAL sont entrées en vigueur le 1er octobre 2003 et modifient le processus de sélection d'un Centre d'évaluation désigné (CED) en permettant au demandeur et à l'assureur de choisir conjointement un CED. Si les parties sont incapables de choisir un CED dans les délais stipulés par l'AIAL, ou si le CED choisi ne peut entreprendre l'évaluation dans les délais stipulés par l'AIAL, le surintendant des services financiers choisira un CED.

Les présentes Lignes directrices établissent le processus suivant pour identifier, divulguer et résoudre une situation de conflit d'intérêts lorsque le demandeur et l'assureur choisissent un CED :

- Les assureurs et les demandeurs devraient, dans la mesure du possible, obtenir et partager les renseignements sur tout conflit d'intérêts possible avant de choisir conjointement un CED.
- Lorsque le demandeur et l'assureur ont choisi conjointement un CED, l'AIAL n'exige pas expressément que le CED détermine ou divulgue un conflit d'intérêts. Cependant, en vertu de l'AIAL, un CED est en conflit d'intérêts si un évaluateur qui doit effectuer l'évaluation a déjà évalué ou traité le demandeur.
- Afin que le CED évite toute situation de conflit d'intérêts, et afin d'assurer l'impartialité du système des CED, un CED doit nommer des évaluateurs qui sont libres de tout conflit d'intérêts, même dans les situations où la personne assurée et l'assureur ont choisi le CED conjointement. Un CED qui est incapable de le faire doit déclarer le conflit avant d'entreprendre l'évaluation. Si le conflit n'est pas résolu, la personne assurée ou l'assureur peut invoquer l'article 53 (10) de l'AIAL en vertu du fait que le CED est dans l'incapacité d'entreprendre l'évaluation, puis demander qu'un autre CED soit désigné par le surintendant.

Évaluation des programmes de traitement par les CED

Les modifications à l'article 43 de l'AIAL sont entrées en vigueur le 1er octobre 2003 et elles modifient les échéanciers auxquels sont soumis les rapports que les CED doivent présenter aux parties.

Dans les cas où l'évaluation des CED vise à déterminer si la déficience est visée par les Lignes directrices pré-autorisées, les CED doivent terminer les évaluations et présenter leurs rapports aux parties dans un délai de cinq jours ouvrables (paragraphe 43 (11) de l'AIAL). Si l'évaluation détermine que la déficience n'est pas visée par les Lignes directrices pré-autorisées, le rapport du CED doit préciser si les soins et les traitements à fournir selon le programme de traitement sont

raisonnables et nécessaires et comprendre des recommandations sur la prestation ultérieure de soins et de traitements à la personne assurée (paragraphe 43(9) de l'AIAL).

Les présentes Lignes directrices traitent des exigences relatives à la présentation des rapports par les CED dans les cas où l'assureur conteste un programme de traitement en invoquant le fait que la déficience en cause ne doit pas être visée par les Lignes directrices pré-autorisées.

- L'assureur accepte le programme de traitement si le CED décide que la déficience n'est pas visée par les Lignes directrices pré-autorisées.

La formule FDIO-11, Aiguillage, plan et sommaire d'évaluation du Centre d'évaluation désigné, a été modifiée pour permettre aux assureurs de préciser la nature exacte du différend qui est soumis à un CED.

L'assureur peut indiquer sur la formule FDIO-11 que l'assureur reconnaîtra que le programme de traitement tel que présenté est raisonnable et nécessaire si le CED détermine que la déficience n'est pas visée par les Lignes directrices pré-autorisées.

Dans un tel cas, si le CED détermine que la déficience n'est pas visée par les Lignes directrices pré-autorisées, le CED peut indiquer dans son rapport qu'il confirme la position des parties selon laquelle les soins et les traitements envisagés en vertu du programme de traitement sont raisonnables et nécessaires et qu'il recommande que les soins et les traitements résumés dans le programme de traitement soient fournis. Ceci serait conforme aux obligations du CED en vertu de l'article 43 (9) de l'AIAL. Le CED ne serait pas tenu de faire d'autres vérifications du programme de soins afin d'en arriver à cette conclusion.

- L'assureur conteste le programme de soins

L'assureur peut cependant indiquer dans la formule FDIO-11 que, en plus d'adopter la position selon laquelle la déficience est visée par les Lignes directrices pré-autorisées, l'assureur conteste également le caractère raisonnable et nécessaire des soins et des traitements indiqués dans le programme de traitement.

Dans ces situations, l'article 43 (9) de l'AIAL exige que le rapport du CED indique si les soins et les traitements envisagés dans le programme de traitement sont raisonnables et nécessaires et comprenne des recommandations sur la prestation ultérieure de soins et de traitements à la personne assurée pour le traitement et la réhabilitation de celle-ci. Ce rapport doit être produit dans un délai de 5 jours ouvrables (paragraphe 43 (11)).

Il est reconnu qu'étant donné cet échéancier, les évaluations que les CED effectuent en vertu de cette disposition peuvent ne pas être toujours aussi complètes ou détaillées que les autres évaluations de programme de traitement, particulièrement dans les cas où le CED détermine qu'il doit effectuer une évaluation directe de la personne assurée afin de faire ces recommandations. Néanmoins, le rapport du CED doit quand même aborder les points mentionnés au paragraphe 43(9).



Financial Services
Commission
of Ontario

Commission des
services financiers
de l'Ontario

Octobre 2003

Documents des assureurs acheminés aux personnes assurées
--

Lignes directrices du surintendant No. 09/03

Documents des assureurs acheminés aux personnes assurées

Introduction

Les présentes Lignes directrices sont émises conformément à l'article 268.3(1) de la *Loi sur les assurances* aux fins du Règl. de l'Ont. 403/96, *Annexe sur les indemnités d'accident légales - accidents survenus le 1^{er} novembre 1996 ou après ce jour* (AIAL), tel que modifié.

Les modifications à l'article 68 de l'AIAL sont entrées en vigueur le 1^{er} octobre 2003 et comprennent de nouvelles exigences ayant trait à la livraison des documents. Lorsqu'un document doit être remis dans un délai maximal de cinq jours ouvrables à une personne assurée qui n'a pas de représentant et qui ne possède pas de télécopieur, l'article 68(2) de l'AIAL exige que l'assureur se charge personnellement de la remise du document. L'article 68(4) contient des dispositions concernant la remise du document à un adulte au domicile de la personne assurée s'il n'est pas possible de remettre le document en mains propres à la personne assurée.

Aux fins de la réception de certains documents de l'assureur au nom de la personne assurée, un fournisseur de soins de santé¹ peut accepter d'agir en qualité de représentant autorisé de la personne assurée, et ce uniquement à ces fins, dans les circonstances particulières énumérées ci-dessous.

Procédure que les fournisseurs de soins de santé doivent suivre pour agir à titre de représentant autorisé d'une personne assurée afin de recevoir des documents d'un assureur

L'assureur peut livrer un document à une personne assurée par l'intermédiaire d'un fournisseur de soins de santé dans les circonstances suivantes :

- La personne assurée n'est pas déjà représentée par un avocat ou par un autre représentant autorisé²;
- L'autorisation de la personne assurée est spécifiquement restreinte aux fins de l'autorisation du fournisseur de soins de santé à recevoir :
 - i. l'avis écrit de l'assureur en réponse à :
 - (a) un programme de traitement (FDIO-18),

¹Aux fins des présentes *Lignes directrices*, le terme « fournisseur de soins de santé » signifie :

- (a) dans le cas d'une formule FDIO-18, un membre d'une profession de la santé tel que défini par l'AIAL;
- (b) dans le cas d'une formule FDIO-22, un membre d'une profession de la santé tel que défini par l'AIAL;
- (c) dans le cas d'une formule FDIO-23/198, un praticien de la santé tel que défini par l'AIAL.

Avant d'accepter d'agir selon une telle autorisation, un fournisseur de soins de santé doit obtenir de la personne assurée la confirmation du fait que cette personne n'est pas déjà représentée par un avocat ou un autre représentant autorisé analogue.

² Aux fins des présentes *Lignes directrices*, le terme « autre représentant autorisé » signifie une personne qui est désignée dans la 2^e partie de la formule FDIO-1, *Demande d'indemnités d'accident*, de la personne assurée, et à qui l'assureur peut remettre des avis par télécopieur en vertu de l'article 68(2)(a) de l'AIAL.

- (b) à une demande d'approbation pour une évaluation ou un examen (FDIO-22) ou
 - (c) à une formule de confirmation de traitement selon le cadre d'action pré-approuvé (FDIO-23/198), ou
- ii. un rapport d'examen de l'assureur en vertu de l'article 42(7) de l'AIAL;
- Le fournisseur de soins de santé accepte d'agir conformément à l'autorisation;
 - L'autorisation signée est fournie à l'assureur avant que celui-ci ne livre le document désigné dans l'autorisation; et
 - L'assureur utilise l'autorisation pour remettre uniquement les documents qui sont spécifiquement désignés dans l'autorisation.

Obligation du fournisseur de soins de santé lors de la réception du document de l'assureur :

Sur réception du document de l'assureur, le fournisseur de soins de santé a l'obligation d'en informer immédiatement la personne assurée par téléphone et de transmettre à la personne assurée une copie du document de l'assureur par la poste ordinaire.