

Commission des services financiers de l'Ontario



Recherche

ALLER

[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](#) > [2007](#) : Lignes directrices concernant le Système de

demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile et changements à certains formulaires de

Taille du texte :



demande d'indemnités d'assurance-automobile

**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-08/07

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.

Lignes directrices concernant le Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile et changements à certains formulaires de demande d'indemnités d'assurance-automobile

À l'attention de toutes les compagnies d'assurance titulaires d'un permis les autorisant à faire souscrire de l'assurance-automobile en Ontario et de tous les fournisseurs de soins de santé

Dans ce bulletin, la Commission des services financiers de l'Ontario (CSFO) publie ses Lignes directrices concernant le Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile (les Lignes directrices) qui remplacent les Lignes directrices de mise en œuvre du Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile émises en avril 2007. Certains formulaires de demande d'indemnités d'accidents sont également révisés pour indiquer les champs obligatoires.

Lignes directrices

Les présentes Lignes directrices s'appliquent en vertu du paragraphe 268.3(1) de la *Loi sur les assurances* et visent à établir les exigences relatives à la remise de certains documents aux termes des sous-sections 44.1(1) et 68(3.2) de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales – accidents survenus le 1^{er} novembre 1996 ou après ce jour* (AIAL) telle que modifiée par le Règlement 533/46. Elles rendent obligatoire la transmission de certaines demandes d'indemnités d'accidents entre les fournisseurs de soins de santé et les sociétés d'assurance par le biais d'un bureau central de traitement (BCT). Le BCT est l'agent désigné pour recevoir les demandes d'indemnités d'accidents au nom des assureurs. Les Lignes directrices désignent la société Health Claims for Auto Insurance Processing (HCAI), une société ontarienne sans but lucratif, comme BCT.

À compter du 1^{er} février 2008, les fournisseurs de soins de santé ne pourront plus remettre les formulaires FDIO 18, 21, 22 et 23 directement aux assureurs, mais devront plutôt les présenter à HCAI aux fins de traitement. Comme l'indiquent les Lignes directrices, le système permet aux fournisseurs de soins de santé de s'inscrire pour la présentation de documents électroniques ou pour la présentation de documents papier. Les documents papier pourront être remis au centre de saisie des données du BCT à compter du 7 janvier 2008. En plus de recevoir les formulaires, HCAI vérifiera si les formulaires sont dûment remplis et les remettra aux assureurs auxquels ils sont adressés. HCAI permettra également aux assureurs de transmettre les renseignements concernant l'approbation des demandes et les décisions de paiement aux fournisseurs de services de santé qui remettent les documents électroniquement.

Les Lignes directrices :

- précisent quels formulaires de demande d'indemnités d'accidents sont visés par les lignes directrices et doivent être remis à HCAI;
- décrivent la manière dont ces documents peuvent être remis à HCAI et à son centre de saisie des données;
- énoncent des règles concernant les pièces jointes et la date à laquelle les documents sont réputés reçus par HCAI et son centre de saisie des données;
- énoncent des règles traitant de la réception des documents;
- incluent les indications codées à utiliser pour remplir certains documents et formulaires;
- fournissent d'autres détails techniques sur le fonctionnement du Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile.

Liste des participants au Système DRSSAA

La CSFO ne tiendra plus la liste des participants au Système DRSSAA après le 1^{er} février 2008, date à laquelle tous les assureurs, fournisseurs et établissements de soins de santé seront tenus de participer au système. On demande aux assureurs d'être proactifs durant la période de transition et de traiter les formulaires comme d'habitude s'ils les reçoivent directement des fournisseurs de soins de santé le 7 février 2008 ou avant cette date. On leur demande également de communiquer avec les fournisseurs de soins de santé qui leur envoient directement les formulaires visés pour leur expliquer le fonctionnement du Système DRSSAA.

Présentation des documents papier

On a établi le centre de saisie des données de HCAI afin de permettre à un fournisseur de soins de santé participant de présenter des documents papier à un assureur participant. Les documents papier pourront être remis au centre de saisie des données de HCAI à partir du 7 janvier 2008. Prière de noter qu'un fournisseur de soins de santé doit choisir l'un ou l'autre des systèmes de présentation des documents et qu'il ne peut s'inscrire pour la présentation de documents électroniques et pour la présentation de documents papier en même temps.

Comme le précisent les Lignes directrices ci-annexées, les pièces jointes ne doivent pas être remises au centre de saisie des données, mais directement à l'assureur. Toute pièce jointe remise au centre de saisie des données sera réputée non reçue par l'assureur, ne sera pas retournée et sera détruite.

Les documents remis au centre de saisie des données de HCAI doivent être remplis conformément aux directives énoncées dans les formulaires FDIO révisés et aux règles de validation annexées aux Lignes directrices. Le centre de saisie des données avisera les fournisseurs qui présentent des documents incomplets ou incorrectement remplis dans un délai de deux jours ouvrables suivant la réception des documents. Les fournisseurs devront corriger les erreurs mentionnées dans le rapport du centre de saisie des données et soumettre à nouveau le formulaire le plus rapidement possible.

Inscription au Système DRSSAA

Les assureurs et les fournisseurs doivent s'inscrire au Système DRSSAA avant de l'utiliser. Les formulaires remis à HCAI avant que les procédures d'inscription ne soient terminées ne seront pas traités.

Prière de noter qu'il y a des procédures d'inscription distinctes pour chaque mode de transmission (documents électroniques ou documents papier). Par conséquent, les fournisseurs qui souhaitent changer de mode de transmission doivent aviser HCAI et terminer le processus d'inscription approprié.

Renseignements complémentaires sur le Système DRSSAA

On peut obtenir davantage de renseignements sur le Système DRSSAA et sur l'inscription auprès du BCT pour la présentation de documents électroniques ou de documents papier à l'adresse suivante: www.hcaiinfo.ca.

Dates d'entrée en vigueur des Lignes directrices

Ces Lignes directrices s'appliquent à certains documents des assureurs, des fournisseurs et des établissements de soins de santé, livrés le 1^{er} février 2008 ou après cette date, peu importe la date de l'accident d'automobile auquel ils se rapportent.

Au regard de la présentation de documents papier, ces Lignes directrices s'appliquent à tous les assureurs et fournisseurs de soins de santé participants qui ont volontairement participé à l'étape de mise en œuvre et se sont inscrits auprès du centre de saisie des données de HCAI à compter du 7 janvier 2008. Pour toutes les autres parties, elles entrent en vigueur le 1^{er} février 2008.

Formulaires de demande d'indemnités d'accidents révisés

Pour faciliter la présentation de documents papier au centre de saisie des données de HCAI, les formulaires de demande d'indemnités de l'Ontario (FDIO) 18, 21, 22 et 23 ont été révisés et indiquent maintenant les champs qui doivent être remplis. Les formulaires comprennent quatre catégories de champs. Un champ sans astérisque doit être rempli; un champ comportant un astérisque (*) doit être rempli si l'on possède l'information; un champ comportant deux astérisques (**) indique que l'on doit remplir au moins un des deux champs adjacents; enfin, un champ comportant trois astérisques (***) est optionnel.

Date d'entrée en vigueur des formulaires révisés

Les fournisseurs de soins de santé pourront utiliser les formulaires révisés à partir du 7 janvier 2008. Ils pourront

également continuer de remettre leurs stocks d'anciens FDIO 18, 21, 22 et 23 au centre de saisie des données pourvu que les champs soient remplis conformément aux révisions susmentionnées.

Le centre de saisie des données continuera d'accepter les anciennes versions des formulaires jusqu'au 31 juillet 2008 inclus. À partir du 1^{er} août 2008, les fournisseurs qui présenteront des documents papier devront utiliser les formulaires révisés.

Publication

Les Lignes directrices seront publiées dans une prochaine édition de la *Gazette de l'Ontario*. Elles seront également affichées sur le site Web de la CSFO à l'adresse www.fsco.gov.on.ca.

Bob Christie

Directeur général et

Surintendant, Services financiers

Le 21 décembre 2007

Pieces Jointes:

- [Lignes directrices concernant le Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile](#)
- FDIO [18](#), [21](#), [22](#) et [23](#) révisés



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





Financial Services
Commission
of Ontario

Commission des
services financiers
de l'Ontario

Décembre 2007

Lignes directrices concernant le Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile

Lignes directrices du surintendant n° 07/07

Lignes directrices concernant le Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile
--

Introduction

Ces Lignes directrices remplacent les Lignes directrices de mise en œuvre du Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile n° 01/07 émises en avril 2007. Elles s'appliquent en vertu du paragraphe 268.3 (1) de la *Loi sur les assurances* et aux fins des sous-sections 44.1 (1) et 68 (3.2) de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales – accidents survenus le 1^{er} novembre 1996 ou après ce jour* (AIAL) telle que modifiée par le Règlement 533/06.

Les modifications à l'AIAL se rapportent aux modalités de remise de quelques formulaires de demande d'indemnités de l'AIAL envoyés dans certaines circonstances aux assureurs. Ainsi, un document visé par ces lignes directrices qui, auparavant, était envoyé à un assureur devra désormais être envoyé à un bureau central de traitement (BCT) établi par les assureurs pour recevoir ces documents en leur nom. Les Lignes directrices précisent :

- les assureurs, établissements de soins de santé (« établissements ») et fournisseurs de soins de santé (« fournisseurs ») assujettis aux Lignes directrices et dans quelles circonstances;
- les documents devant être remis au BCT et les circonstances dans lesquelles ils doivent être remis;
- la manière dont ces documents peuvent être remis au BCT;
- la manière dont les assureurs doivent fournir des renseignements au BCT.

Ces Lignes directrices s'appliquent aux documents visés qui sont remis le 2 avril 2007 ou après cette date, peu importe la date de l'accident auquel ils se rapportent.

Assureurs et fournisseurs assujettis aux présentes Lignes directrices

- **Le 2 avril 2007 ou après cette date, mais avant le 1^{er} février 2008 :**

La Commission des services financiers de l'Ontario conserve et tient à jour une liste des assureurs et des établissements/fournisseurs (ou des bureaux locaux de ces derniers) qui participent au Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile (DRSSAA) (la « liste des participants au Système DRSSAA ») et des

dates de début de leur participation. Se reporter à l'annexe 1 pour savoir comment obtenir des exemplaires de la liste des participants au Système DRSSAA en vigueur à un moment donné.

Aux fins des présentes Lignes directrices :

- le bureau local d'un assureur visé est un assureur participant et
- le bureau local désigné d'un établissement identifié et le fournisseur exerçant ses activités dans un bureau local désigné d'un établissement identifié sont des fournisseurs participants.

Ces Lignes directrices s'appliquent seulement aux transactions entre un fournisseur et un assureur participant découlant d'une demande d'indemnités en vertu de l'AIAL au titre d'une police d'assurance automobile émise en Ontario.

- **Le 1^{er} février 2008 et après cette date :**

Ces Lignes directrices s'appliquent à tous les assureurs autorisés à traiter les demandes d'indemnités en vertu de l'AIAL au titre d'une police d'assurance automobile émise en Ontario. Elles s'appliquent également à tous les établissements et fournisseurs de soins de santé qui exercent en Ontario et envoient par la poste ou remettent autrement, le 1^{er} février 2008 ou après cette date, des documents visés par ces Lignes directrices. Aux fins des présentes Lignes directrices, chacun de ces assureurs est un assureur participant et chacun de ces établissements et de ces fournisseurs est un fournisseur participant.

Ces lignes directrices ne s'appliquent pas :

- aux réassureurs à l'égard des demandes d'indemnités en vertu d'un contrat de réassurance;
- aux réassureurs à l'égard desquels une ordonnance de liquidation a été rendue en vertu de la *Loi sur les liquidations et les restructurations* (Canada);
- au Fonds d'indemnisation des victimes d'accidents de véhicules automobiles.

Désignation du bureau central de traitement – AIAL, par. 68 (3.2)

Health Claims for Auto Insurance Processing est le bureau central de traitement aux fins des présentes Lignes directrices et du par. 68 (3.2) de l'AIAL.

Health Claims for Auto Insurance Processing est une société ontarienne sans but lucratif établie et financée par l'industrie des assurances et exploitée par un conseil d'administration composé de représentants du secteur de l'assurance et du milieu de la santé.

Le rôle du BCT consiste principalement à agir en qualité d'agent pour les assureurs. Il est chargé de recevoir certains documents en leur nom, de vérifier si les documents sont dûment remplis et renferment tous les renseignements exigés et de les remettre aux assureurs auxquels ils sont adressés. Il agit également comme intermédiaire pour permettre aux assureurs de transmettre électroniquement les renseignements concernant, notamment, l'approbation des demandes et les décisions de paiement aux fournisseurs de produits et services médicaux qui souhaitent recevoir ces renseignements électroniquement par son entremise.

On s'attend également à ce que le BCT soit la source principale des renseignements que les compagnies d'assurance automobile devront, conformément à l'article 101.1 de la *Loi sur les Assurances*, fournir au Surintendant des services financiers concernant les demandes de règlement relatives aux produits et services qu'elles sont tenues de fournir en vertu des contrats d'assurance automobile.

Factures pour les produits et services assujettis aux Lignes directrices – AIAL, art. 44.1

Toute facture se rapportant aux produits ou services désignés à l'annexe 2 de ces Lignes directrices aux fins de l'art. 44.1 de l'AIAL doit être rédigée selon la formule (la Facture d'assurance-automobile standard) approuvée par le Surintendant des services financiers, conformément à l'article 69 de l'AIAL.

Cette exigence s'applique uniquement si :

- tous les produits ou services mentionnés sur la facture sont fournis en Ontario par le fournisseur participant,
- la facture n'est pas présentée par le demandeur,
- la facture est présentée par un fournisseur participant et est payable à ce dernier et
- le paiement de la facture réclamé à un assureur participant porte sur une transaction avec un fournisseur participant.

Lorsque cette exigence s'applique, le paragraphe 44.1 (1) de l'AIAL interdit à un assureur participant de payer une facture qui n'est pas rédigée selon la formule

approuvée, ne renferme pas tous les renseignements exigés ou n'est pas envoyée au BCT comme l'exigent ces Lignes directrices.

Les fournisseurs participants doivent présenter aux assureurs participants des factures séparées pour les produits et services désignés à l'annexe 2 et les produits et services non désignés à l'annexe 2. Ils doivent également leur présenter des factures séparées pour les produits et services dispensés en Ontario et les produits et services non dispensés en Ontario.

Documents qui doivent être remis au BCT

Les documents suivants sont désignés aux fins du paragraphe 68 (3.2) de l'AIAL. Lorsqu'ils sont présentés par un fournisseur participant à un assureur participant, ils doivent être remis au BCT (et non pas directement à l'assureur auquel ils sont adressés) de la manière précisée dans les présentes Lignes directrices :

FDIO-18	Programme de traitement – AIAL, art. 38
FDIO-21	Facture d'assurance-automobile standard – AIAL, art. 44.1 – mais seulement si ces Lignes directrices exigent l'utilisation de cette formule pour les produits et services facturés
FDIO-22	Demande d'approbation pour une évaluation ou un examen – AIAL, art. 38.2
FDIO-23/198	Confirmation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées – AIAL, art. 37.1

À noter que, sous réserve d'une exception (voir * ci-après), un document dont la présentation directe au BCT n'est pas exigée par ces Lignes directrices doit être remis directement à l'assureur d'une manière précisée au paragraphe 68 (2) de l'AIAL.

* Une facture FDIO-21 présentée à un assureur portant uniquement sur la préparation d'un Certificat d'invalidité (FDIO-3) peut être livrée au BCT conformément aux présentes Lignes directrices ou directement à l'assureur, au choix du fournisseur participant.

La sous-section 68 (3.2) de l'AIAL précise qu'un document visé par les présentes Lignes directrices est réputé non remis à l'assureur à moins d'être remis au BCT comme l'exigent les présentes Lignes directrices. Si un tel document est remis directement à un assureur, et non au BCT comme l'exigent ces Lignes directrices, l'assureur n'est pas tenu d'y répondre car il sera réputé ne pas l'avoir reçu.

Remise des documents au bureau central de traitement

Un document dont la présentation au BCT est exigée par ces Lignes directrices doit être remis à celui-ci de deux façons :

- (1) par voie électronique
- (2) en format papier

(1) Présentation des documents électroniques

Un document peut être remis au BCT par voie électronique de manière à ce qu'il puisse le récupérer et le consulter.

Les fournisseurs participants sont autorisés à remettre des documents au BCT par voie électronique et à accéder aux renseignements électroniques du BCT après s'être inscrits (voir « **Inscription des utilisateurs et des fournisseurs** »).

Un fournisseur participant peut choisir de s'inscrire pour la présentation de documents électroniques ou pour la présentation de documents papier, mais il ne peut s'inscrire pour ces deux modes de présentation en même temps.

Tel que mentionné dans la section intitulée « **Règles régissant la date de réception des documents par les assureurs** », tout document remis au BCT par un fournisseur participant non inscrit sera réputé non reçu par l'assureur et ne sera pas traité.

(2) Présentation des documents papier

Le BCT a établi un centre de saisie des données qui pourra recevoir les documents papier remis par un fournisseur participant conformément à ces Lignes directrices le 7 janvier 2008 ou après cette date.

Le 7 janvier 2008 et après cette date, les documents pourront être remis au BCT en format papier par courrier, par télécopieur ou en personne, conformément aux alinéas 68 (2) a), b), c) ou d) de l'AIAL pourvu qu'ils soient adressés au centre de saisie des données du BCT comme suit :

HCAI Processing - Centre de saisie des données
Boîte postale 254
Orangeville (Ontario) L9W 3Z5
Numéro de télécopieur : (866) 346-6744

Les fournisseurs participants sont autorisés à remettre des documents papier au BCT tel que décrit précédemment après s'être inscrits (voir « **Inscription des utilisateurs et des fournisseurs** »).

Un fournisseur participant peut choisir de s'inscrire pour la présentation de documents électroniques ou pour la présentation de documents papier, mais il ne peut s'inscrire pour ces deux modes de présentation en même temps.

Tel que mentionné dans la section intitulée « **Règles régissant la date de réception des documents par les assureurs** », un document remis au centre de saisie des données du BCT par un fournisseur participant non inscrit de même qu'un document remis par un fournisseur participant avant le 7 janvier 2008 seront réputés non reçus par l'assureur et ne seront pas traités.

Pièces jointes aux documents assujettis aux présentes Lignes directrices

Aux fins des présentes Lignes directrices, le terme « pièces jointes » s'entend du matériel (p. ex. pages additionnelles, rapports, résultats de tests) soumis à l'appui d'un document visé par ces Lignes directrices.

Si un fournisseur participant détermine qu'il doit envoyer une ou plusieurs pièces jointes au lieu d'inclure dans le document lui-même tous les renseignements qu'il juge désirables ou nécessaires aux fins voulues, les règles spéciales suivantes s'appliquent :

1. Le fournisseur participant doit préciser, dans le champ prévu à cette fin dans le document, le nombre de pièces jointes remises.
2. Le document lui-même (à l'exclusion des pièces jointes) doit être remis au BCT (s'il est en format électronique) ou au centre de saisie des données du BCT (s'il est en format papier), tel que décrit précédemment.
3. Les pièces jointes ne doivent pas être livrées au BCT (ni au centre de saisie des données du BCT) mais directement à l'assureur d'une manière précisée au paragraphe 68 (2) de l'AIAL. Il est préférable de remettre toutes les pièces jointes à l'assureur en même temps, mais cela n'est pas obligatoire.

À noter que toute pièce jointe remise au BCT ou au centre de saisie des données du BCT sera réputée non reçue par l'assureur, ne sera pas retournée et sera détruite.

4. Les pièces jointes ne doivent pas être envoyées à l'assureur avant que le document n'ait été envoyé au BCT.
5. Chaque pièce jointe doit comporter le nom du demandeur, le numéro de la demande de règlement ou le numéro de la police et la date de l'accident, ainsi que le type de document (i.e., FDIO-18, FDIO-21, FDIO-22 ou

FDIO-23/198) auquel elle se rapporte, afin de permettre à l'assureur d'identifier le document auquel elle appartient.

Règles régissant la date de réception des documents par les assureurs

L'article 68 de l'AIAL énonce les règles qui déterminent quand un document remis au BCT, conformément à ces Lignes directrices, est réputé reçu par l'assureur auquel il est adressé. Brièvement, ces règles prévoient ce qui suit :

1. **Document sans pièce jointe** – est réputé reçu par l'assureur auquel il est adressé le jour où le bureau central de traitement établit que le document qui lui a été remis d'une manière précisée dans ces lignes directrices est dûment rempli et contient tous les renseignements dont l'AIAL exige l'inclusion.
2. **Document avec pièces jointes** – est réputé reçu par l'assureur auquel il est adressé quand :
 - (a) le bureau central de traitement établit que le document (à l'exclusion des pièces jointes) qui lui a été remis d'une manière précisée dans ces lignes directrices est dûment rempli et contient tous les renseignements dont l'AIAL exige l'inclusion; et
 - (b) l'assureur a reçu toutes les pièces jointes.

L'AIAL précise (par. 68 (7)) qu'un document remis au BCT par télécopie, en personne ou par voie électronique après 17 heures, heure normale de l'Est, est réputé remis le jour ouvrable suivant.

L'AIAL énonce également (par. 68 (3.5)) que le bureau central de traitement sera réputé avoir établi, le jour où un document lui a été remis d'une manière précisée dans les Lignes directrices, que le document est dûment rempli et contient tous les renseignements dont l'AIAL exige l'inclusion, sauf s'il avise l'expéditeur, d'une manière précisée dans les présentes Lignes directrices, que tel n'est pas le cas.

Aux fins du paragraphe 68 (3.5), le BCT doit aviser l'expéditeur d'une manière précisée au paragraphe 68 (2) de l'AIAL. Il peut également transmettre l'avis verbalement (par exemple, par téléphone ou message téléphonique) pourvu qu'une confirmation écrite soit donnée dans les plus brefs délais possibles d'une manière précisée au paragraphe 68 (2) de l'AIAL.

Tel que mentionné précédemment, l'AIAL précise également (par. 68 (3.2)) qu'un document visé par les présentes Lignes directrices est réputé reçu par un assureur uniquement s'il est remis d'une manière précisée dans celles-ci. Un document remis au BCT (soit directement ou par l'entremise de son centre de

saisie des données) par un fournisseur participant non inscrit de même qu'un document papier remis au centre de saisie des données du BCT par un fournisseur participant avant le 7 janvier 2008 ne sont pas remis d'une manière précisée dans ces Lignes directrices et, par conséquent, sont réputés non remis à un assureur.

Production des documents

Un document auquel les présentes Lignes directrices s'appliquent est réputé non dûment rempli et ne pas contenir tous les renseignements exigés par l'AIAL à moins que tous les champs (autres que les champs qui sont optionnels dans les circonstances indiquées sur le formulaire approuvé par le Surintendant des services financiers) ne soient remplis conformément aux présentes Lignes directrices.

L'information fournie dans un champ doit être conforme aux règles de validation énoncées à l'annexe 3 des présentes Lignes directrices.

L'information (p. ex. une date) doit être fournie selon le format précisé dans le formulaire, le cas échéant.

Si le document est remis en format papier, les champs remplis doivent être lisibles.

Toutes les pièces jointes doivent être lisibles.

Codes à utiliser pour présenter les renseignements

Les renseignements suivants doivent être fournis à l'aide des codes précisés :

- Pour décrire les blessures et séquelles, les codes énumérés dans la 10^e révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10-CA) maintenue à jour par l'Institut canadien d'information sur la santé et disponible à www.cihi.ca. Une version abrégée de la liste de codes de la CIM-10-CA, élaborée pour aider les intervenants du système d'assurance automobile de l'Ontario, est disponible à www.hcaiinfo.ca.
- Pour décrire les interventions en santé, les codes énumérés dans la Classification canadienne des interventions en santé (CCI) maintenue par l'Institut canadien d'information sur la santé et disponible à www.cihi.ca. Une version abrégée de la liste de codes de la CCI, élaborée pour aider les intervenants du système d'assurance automobile de l'Ontario, est disponible à www.hcaiinfo.ca.

- Pour décrire les types de fournisseurs, la liste de codes des types de fournisseurs disponible à www.hcaiinfo.ca.
- Pour décrire les catégories de paiement préautorisées, la liste des codes de remboursement préautorisés disponible à www.hcaiinfo.ca.
- Pour décrire les produits et services facturés aux compagnies d'assurance automobile par les fournisseurs non couverts par la CCI, la liste intitulée Goods, Administration, and Other Codes (produits, services administratifs et autres codes) disponible à www.hcaiinfo.ca.
- Pour décrire les unités de mesure et convertir les minutes en heures, la liste des codes des unités de mesure et le tableau de conversion des minutes en heures disponibles à www.hcaiinfo.ca.

Les renseignements affichés à www.hcaiinfo.ca sont tenus à jour par le Bureau d'assurance du Canada en collaboration avec les associations professionnelles mentionnées à <http://www.hcaiinfo.ca/links.asp>.

Exigences s'appliquant aux assureurs

Un document dont la présentation au BCT est exigée par ces Lignes directrices doit être remis à celui-ci par voie électronique de manière à ce qu'il puisse le récupérer et le consulter.

Les renseignements concernant le traitement d'une facture mentionnés au paragraphe 44.1 (3) de l'AIAL doivent être fournis au BCT dans un délai d'au plus cinq jours ouvrables après que l'assureur participant a traité la facture.

Les renseignements concernant tout autre document visé par les présentes Lignes directrices mentionnés au paragraphe 68 (3.8) de l'AIAL doivent être fournis au BCT dans un délai d'au plus cinq jours ouvrables après que l'assureur participant a traité le document.

Les renseignements concernant la réception des pièces jointes mentionnés au paragraphe 68 (3.9) de l'AIAL doivent être fournis au BCT dans un délai d'au plus cinq jours ouvrables après que l'assureur participant a reçu la dernière pièce jointe.

Les échéances mentionnées précédemment n'ont aucun lien et ne doivent pas être confondues avec les échéances dont dispose un assureur pour traiter et commenter un document énoncées dans l'AIAL.

Un assureur participant inscrit (voir « Inscription des utilisateurs et des fournisseurs ») est autorisé à fournir des renseignements au BCT par voie

électronique et à obtenir auprès de celui-ci des renseignements qui lui ont été remis par un fournisseur participant.

Inscription des utilisateurs et des fournisseurs

Avant de remettre des renseignements au BCT ou d'obtenir des renseignements du BCT, un fournisseur, un établissement ou un assureur participant doit s'inscrire auprès de celui-ci et accepter les conditions qu'il impose aux utilisateurs. Tel que mentionné précédemment, les fournisseurs et les établissements peuvent choisir de s'inscrire pour la présentation de documents papier ou pour la présentation de documents électroniques, mais ils ne peuvent s'inscrire pour ces deux modes de présentation en même temps. Les conditions imposées aux utilisateurs peuvent inclure des dispositions commercialement raisonnables se rapportant à des obligations touchant la confidentialité, la sécurité, la responsabilité, l'accès et l'intégrité des données.

Suspensions temporaires des Lignes directrices

Advenant que le BCT est incapable (p. ex. à cause de problèmes techniques temporaires) de s'acquitter adéquatement de ses obligations à l'égard des fournisseurs, des établissements ou des assureurs, le Surintendant des services financiers pourrait suspendre temporairement l'application des présentes Lignes directrices.

La Commission des services financiers de l'Ontario affichera un avis de suspension et de reprise de l'application de ces Lignes directrices sur son site Web (www.fSCO.gov.on.ca).

Durant une suspension, les exigences des présentes Lignes directrices ne s'appliqueront pas et les documents devront être remis directement aux assureurs de la manière précisée au paragraphe 68 (2) de l'AIAL.

Annexe 1

Liste des participants au Système DRSSAA

On peut obtenir des exemplaires de la liste des participants qui est en vigueur à un moment donné jusqu'au 1^{er} février 2008 à l'adresse <http://www.fscs.gov.on.ca/french/insurance/auto/hcai.asp>. On peut également obtenir des copies sur papier en s'adressant à la Commission des services financiers de l'Ontario au 1 800 668-0128, poste 7123.

Annexe 2

Factures pour les produits et services visés par ces Lignes directrices – AIAL, art. 44.1

Article de l'AIAL	Type de service ou de produits	Précisés aux fins de l'article 44.1	Non précisés aux fins de l'article 44.1
	Indemnité pour frais médicaux		
14(2)(a)	Les services médicaux, chirurgicaux et dentaires, les services d'optométrie, de soins infirmiers, d'ambulance, d'audiométrie et d'orthophonie, ainsi que les services hospitaliers	Les services médicaux, les services de soins infirmiers, d'audiométrie et d'orthophonie	Les services chirurgicaux, les services d'optométrie, d'ambulance, ainsi que les services hospitaliers
14 (2)(b)	Les services de chiropratique, de psychologie, d'ergothérapie et de physiothérapie	✓	
14(2)(c)	Les médicaments		✓
14(2)(d)	Les verres correcteurs		✓
14(2)(e)	Les dentiers et autres appareils dentaires		✓
14(2)(f)	Les appareils auditifs, les fauteuils roulants ou autres aides à la mobilité, ainsi que les prothèses, les appareils orthétiques et autres appareils et accessoires fonctionnels	Fournitures fournies au patient par les fournisseurs de soins de santé	Fournitures achetées par le patient
14(2)(g)	Le transport aller-retour de la personne assurée aux fins d'une séance de traitement, y compris le transport d'un aide, le cas échéant		✓
14(2)(h)	Les autres produits et services de nature médicale	✓	
	Indemnité de réadaptation		
15(5)(a)	L'initiation à la vie quotidienne	✓	
15(5)(b)	La consultation en matière familiale	✓	
15(5)(c)	La consultation en matière de réadaptation sociale	✓	

Article de l'AIAL	Type de service ou de produits	Précisés aux fins de l'article 44.1	Non précisés aux fins de l'article 44.1
15(5)(d)	La consultation en matière financière		✓
15(5)(e)	La consultation en matière d'emploi		✓
15(5)(f)	L'évaluation des aptitudes professionnelles	✓	
15(5)(g)	La formation générale ou professionnelle		✓
15(5)(h)	La modification du lieu de travail et les appareils, notamment de communication		✓
15(5)(i)	La modification du domicile et les appareils, notamment de communication, ou l'achat d'une nouvelle habitation plutôt que la modification de l'habitation actuelle		✓
15(5)(j)	La modification d'un véhicule, ou l'achat d'un nouveau véhicule plutôt que la modification d'un véhicule actuel		✓
15(5)(k)	Le transport aller-retour de la personne assurée aux fins de séances de consultation et de formation, y compris le transport d'un aide, le cas échéant		✓
15(5)(l)	Les autres produits et services dont la personne assurée a besoin, à l'exception des services fournis par un gestionnaire de cas		✓
16	Les services de soins auxiliaires	Dispensés par les fournisseurs de soins médicaux et autres fournisseurs de soins professionnels	Dispensés par la famille, les voisins et autres fournisseurs de soins non professionnels
17	Les services de gestionnaire de cas	✓	
	Examens, rapports/certificats, etc.		
24	Certificat d'invalidité (FDIO-3)		✓
24	Programme de traitement (FDIO-18)	✓	
24	Demande d'évaluation d'une déficience invalidante (FDIO-19)	✓	

Article de l'AIAL	Type de service ou de produits	Précisés aux fins de l'article 44.1	Non précisés aux fins de l'article 44.1
24	Évaluation des besoins en soins auxiliaires (Formule 1)	✓	
24.1	Consultations	✓	
32.1 et 42	Examens exigés par l'assureur	✓	
42.1	Examens et rapports visés par l'article 42.1 de l'AIAL	✓	

Annexe 3

Règles de validation

Numéro	Champ	Description	N° de validation
FDIO-18 Règles de présentation			
1	Numéro de la police/demande	On doit indiquer le numéro de la police ou de la demande.	PM-CSR1
2	Date de l'accident	La date de l'accident doit être égale ou antérieure à la date du jour.	PM-CSR7
3	Date de naissance	La date de naissance d'un demandeur doit être égale ou antérieure à la date de l'accident.	PM-CSR4
4	Date de naissance	Le demandeur ne peut avoir plus de 120 ans.	PM-CSR6
5	Nom de l'établissement	Tous les établissements et fournisseurs énumérés sur le formulaire doivent être inscrits au Système DRSSAA, à l'exception du praticien de la santé mentionné à la partie 5 du FDIO-18.	PM-CSR28
6	Profession	La profession du praticien de la santé doit être une des professions énumérées à l'AIAL.	PM-18R9
7	Date de signature	La date de la signature du praticien de la santé doit être égale ou postérieure à la date de l'accident.	PM-18R7
8	Profession	La profession du praticien de la santé réglementé doit être une des professions de la santé réglementées énumérées ou être désignée « autre » « et le signataire doit être associé à l'établissement qui présente la demande ».	PM-18R10
9	Date de signature	La date de la signature du praticien de la santé réglementé ou du travailleur social doit être égale ou postérieure à la date de l'accident.	PM-18R6
10	Code de blessure	Le document doit indiquer au moins une blessure.	PM-CSR14
11	Rubrique	Il doit y avoir au moins une rubrique de produits et de services. Une rubrique peut être une séance de traitement.	PM-18R5
12	Quantité	La quantité estimative de produits ou de services d'une rubrique doit être supérieure à zéro pour toutes les rubriques.	PM-CSR9
13	Quantité	Si la mesure est GD, PR, PG, SN, la quantité doit être un nombre entier et supérieure à zéro.	s/o
14	Mesure	Si le code de section est S, la mesure doit être SN.	s/o
15	Mesure	Si le code de section est G, la mesure doit être GD.	s/o
16	Mesure	Si le code d'intervention est TT, la mesure doit être HR.	s/o
17	Mesure	Si le code d'intervention est KM, la mesure doit être KM.	s/o

Numéro	Champ	Description	N° de validation
18	Nombre	Le nombre projeté pour chaque rubrique de produits et services doit être supérieur à zéro.	PM-18R2
19	Coût total	Le coût total projeté pour chaque rubrique de produits et services doit être • supérieur à zéro • et doit être égal au coût multiplié par le nombre total projeté	PM-18R1
20	Total partiel	Le total partiel indiqué sur le document doit être égal à la somme de toutes les rubriques.	PM-CSR10
21	TPS	Le montant de la TPS doit être supérieur ou égal à zéro.	PM-CSR11
22	TVP	Le montant de la TVP doit être supérieur ou égal à zéro.	PM-CSR12
23	Total de l'assureur	Le montant total de l'assureur automobile du régime doit être • supérieur ou égal à zéro • et égal à la somme du total partiel (qui inclut la TPS, la TVP, le montant du MSSLD et des autres assureurs 1 et 2 ainsi que l'intérêt).	PM-CSR13
24	Durée du traitement	La durée estimative du programme de traitement (en semaines) doit être supérieure à zéro.	PM-18R3
25	Date de la signature du demandeur	La date de la signature d'un demandeur doit être • égale ou antérieure à la date du jour • et égale ou postérieure à la date de l'accident	PM-CSR31
FDIO-22 Règles de présentation			
1	Numéro de la police/demande	On doit indiquer le numéro de la police ou de la demande.	PM-CSR1
2	Date de l'accident	La date de l'accident doit être égale ou antérieure à la date du jour.	PM-CSR7
3	Date de naissance	La date de naissance d'un demandeur doit être égale ou antérieure à la date de l'accident.	PM-CSR4
4	Date de naissance	Le demandeur ne peut avoir plus de 120 ans.	PM-CSR6
5	Nom de l'établissement	Tous les établissements et fournisseurs énumérés sur le formulaire doivent être inscrits au Système DRSSAA.	PM-CSR28
6	Profession	La profession du praticien de la santé réglementé doit être une des professions de la santé réglementées énumérées au formulaire ou être désignée « autre » « et le signataire doit être associé à l'établissement qui présente la demande ».	PM-22R5
7	Date de signature	La date de la signature du praticien de la santé réglementé ou du travailleur social doit être égale ou postérieure à la date de l'accident.	PM-22R4
8	Nature de l'évaluation ou de l'examen	On doit cocher une case.	s/o

Numéro	Champ	Description	N° de validation
9	Date de l'évaluation antérieure	Si la date de l'évaluation antérieure est indiquée, elle doit être postérieure ou égale à la date de naissance du demandeur.	PM-22R1
10	Rubrique	Il doit y avoir au moins une rubrique de produits et services.	PM-22R3
11	Quantité	La quantité estimative de produits ou de services d'une rubrique doit être supérieure à zéro pour toutes les rubriques.	PM-CSR9
12	Quantité	Si la mesure est GD, PR, PG, SN, la quantité doit être un nombre entier et supérieure à zéro.	s/o
13	Mesure	Si le code de section est S, la mesure doit être SN.	s/o
14	Mesure	Si le code de section est G, la mesure doit être GD.	s/o
15	Mesure	Si le code d'intervention est TT, la mesure doit être HR.	s/o
16	Mesure	Si le code d'intervention est KM, la mesure doit être KM.	s/o
17	Total partiel	Le total partiel indiqué sur le document doit être égal à la somme de toutes les rubriques.	PM-CSR10
18	TPS	Le montant de la TPS doit être supérieur ou égal à zéro.	PM-CSR11
19	TVP	Le montant de la TVP doit être supérieur ou égal à zéro.	PM-CSR12
20	Total de l'assureur	Le montant total de l'assureur automobile du régime doit être • supérieur ou égal à zéro • et égal à la somme du total partiel (qui inclut la TPS, la TVP, le montant du MSSLD et des autres assureurs 1 et 2 ainsi que l'intérêt).	PM-CSR13
21	Date de la signature du demandeur	La date de la signature d'un demandeur doit être • égale ou antérieure à la date du jour • et égale ou postérieure à la date de l'accident	PM-CSR31
FDIO-23 Règles de présentation			
1	Numéro de la police/demande	On doit indiquer le numéro de la police ou de la demande.	PM-CSR1
2	Date de l'accident	La date de l'accident doit être égale ou antérieure à la date du jour.	PM-CSR7
3	Date de naissance	La date de naissance d'un demandeur doit être égale ou antérieure à la date de l'accident.	PM-CSR4
4	Date de naissance	Le demandeur ne peut avoir plus de 120 ans.	PM-CSR6
5	Nom de l'établissement	Tous les établissements et fournisseurs énumérés sur le formulaire doivent être inscrits au Système DRSSAA.	PM-CSR28
6	Code de blessure	Le document doit indiquer au moins une blessure.	PM-CSR14
7	Profession	La profession du praticien de la santé réglementé doit être une des professions de la santé réglementées énumérées à l'AIAL.	PM-23R16

Numéro	Champ	Description	N° de validation
8	Date de signature	La date de la signature du praticien de la santé doit être égale ou postérieure à la date de l'accident.	PM-23R10
9	Quantité	La quantité estimative de produits ou de services d'une rubrique doit être supérieure à zéro pour toutes les rubriques.	PM-CSR9
10	Quantité	Si la mesure est GD, PR, PG, SN, la quantité doit être un nombre entier et supérieure à zéro.	s/o
11	Mesure	Si le code de section est S, la mesure doit être SN.	s/o
12	Mesure	Si le code de section est G, la mesure doit être GD.	s/o
13	Mesure	Si le code d'intervention est TT, la mesure doit être HR.	s/o
14	Mesure	Si le code d'intervention est KM, la mesure doit être KM.	s/o
15	Total partiel	Le total partiel de la partie 9 du document doit être égal à la somme de toutes les rubriques de la partie 9.	PM-CSR
16	Total partiel	Le total partiel de la partie 11 du document doit être égal à la somme de toutes les rubriques de la partie 11.	PM-CSR
17	Total	Le total du document doit être égal à la somme du total partiel de la partie 9 et du total partiel de la partie 11.	
18	Frais	Le total des frais au titre des Lignes directrices pré-autorisées doit être supérieur à zéro.	PM-23R24
19	Date de la signature du demandeur	La date de la signature d'un demandeur doit être • égale ou antérieure à la date du jour • et égale ou postérieure à la date de l'accident	PM-CSR31
FDIO-21B Règles de présentation			
1	Numéro de la police/demande	On doit indiquer le numéro de la police ou de la demande.	PM-CSR1
2	Date de l'accident	La date de l'accident doit être égale ou antérieure à la date du jour.	PM-CSR7
3	Date de naissance	La date de naissance d'un demandeur doit être égale ou antérieure à la date de l'accident.	PM-CSR4
4	Date de naissance	Le demandeur ne peut avoir plus de 120 ans.	PM-CSR6
5	Nom de l'établissement	Tous les établissements et fournisseurs énumérés sur le formulaire doivent être inscrits au Système DRSSAA.	PM-CSR28
6	Code de blessure	Le document doit indiquer au moins une blessure.	PM-CSR14

Numéro	Champ	Description	N° de validation
7	Nom du bénéficiaire	Le bénéficiaire pour une facture doit être l'établissement associé à l'utilisateur qui crée la facture, à moins que l'établissement décide de ne pas « verrouiller le bénéficiaire » en s'inscrivant au Système DRSSAA. Si c'est le cas, le bénéficiaire peut être quelqu'un d'autre que l'établissement.	IMBR-CS6
8	Date de signature	La date de la signature du signataire autorisé doit être postérieure ou égale à la date de l'accident.	IMBR-CS42
9	Facture	Une facture créée au titre d'un régime ne peut être associée qu'à ce régime. On doit créer une nouvelle facture pour les produits et services offerts au titre de plusieurs régimes.	IMBR-CS22
10	Quantité	La quantité estimative de produits ou de services d'une rubrique doit être supérieure à zéro pour toutes les rubriques.	PM-CSR9
11	Quantité	Si la mesure est GD, PR, PG, SN, la quantité doit être un nombre entier et supérieure à zéro.	s/o
12	Mesure	Si le code de section est S, la mesure doit être SN.	s/o
13	Mesure	Si le code de section est G, la mesure doit être GD.	s/o
14	Mesure	Si le code d'intervention est TT, la mesure doit être HR.	s/o
15	Mesure	Si le code d'intervention est KM, la mesure doit être KM.	s/o
16	Date du service	La date de prestation d'un produit ou service doit être égale ou postérieure à la date de l'accident.	IMBR-CS7
17	Quantité	La quantité de produits ou de services offerts doit être supérieure à zéro.	IMBR-CS9
18	Nom du fournisseur	Chaque produit ou service peut être offert par plus d'un fournisseur de soins, mais on peut inscrire sur la facture le nom d'un seul fournisseur pour chaque produit ou service offert. Le nom du fournisseur principal doit être inscrit. Ce dernier est le fournisseur qui consacre le plus de temps à la prestation du produit ou du service.	IMBR-CS14
19	Autre type de services	Si l'on inscrit « autre type de services » à la rubrique portant sur les montants de l'autre assurance, on doit en fournir une description.	IMBR-CS5
20	Total partiel	Le total partiel du document doit être égal à • la somme de toutes les rubriques, plus • la somme de la TPS et de la TVP indiquée à chaque rubrique	PM-CSR10
21	Total de l'assureur	Le montant total de l'assureur automobile du régime doit être • supérieur à zéro • et égal à la somme du total partiel, de la TPS, de la TVP, du MSSLD et des autres assureurs 1 et 2.	IMBR-CR1

Numéro	Champ	Description	N° de validation
FDIO-21C Règles de présentation			
1	Numéro de la police/demande	On doit indiquer le numéro de la police ou de la demande.	PM-CSR1
2	Date de l'accident	La date de l'accident doit être égale ou antérieure à la date du jour.	PM-CSR7
3	Date de naissance	La date de naissance d'un demandeur doit être égale ou antérieure à la date de l'accident.	PM-CSR4
4	Date de naissance	Le demandeur ne peut avoir plus de 120 ans.	PM-CSR6
5	Nom de l'établissement	Tous les établissements et fournisseurs énumérés sur le formulaire doivent être inscrits au Système DRSSAA.	PM-CSR28
6	Nom du bénéficiaire	Le bénéficiaire pour une facture doit être l'établissement associé à l'utilisateur qui crée la facture, à moins que l'établissement décide de ne pas « verrouiller le bénéficiaire » en s'inscrivant au Système DRSSAA. Si c'est le cas, le bénéficiaire peut être quelqu'un d'autre que l'établissement.	IMBR-CS6
7	Date de signature	La date de la signature du signataire autorisé doit être postérieure ou égale à la date de l'accident.	IMBR-CS42
8	Code de blessure	Le document doit indiquer au moins une blessure.	PM-CSR14
9	Produits et services	On doit utiliser la version C de la facture FDIO OCF-21 pour facturer les produits et services conformes aux lignes directrices préautorisées.	IMBR-CS1
10	Quantité	La quantité estimative de produits ou de services d'une rubrique doit être supérieure à zéro pour toutes les rubriques.	PM-CSR9
11	Quantité	Si la mesure est GD, PR, PG, SN, la quantité doit être un nombre entier et supérieure à zéro.	s/o
12	Mesure	Si le code de section est S, la mesure doit être SN.	s/o
13	Mesure	Si le code de section est G, la mesure doit être GD.	s/o
14	Mesure	Si le code d'intervention est TT, la mesure doit être HR.	s/o
15	Mesure	Si le code d'intervention est KM, la mesure doit être KM.	s/o
16	Date du service	La date de prestation d'un produit ou service doit être égale ou postérieure à la date de l'accident.	IMBR-CS7
17	Quantité	La quantité de produits ou de services offerts doit être supérieure à zéro.	IMBR-CS9

Numéro	Champ	Description	N° de validation
18	Nom du fournisseur	Chaque produit ou service peut être offert par plus d'un fournisseur de soins de santé, mais on peut inscrire sur la facture le nom d'un seul fournisseur pour chaque produit ou service offert. Le nom du fournisseur principal doit être inscrit. Ce dernier est le fournisseur qui consacre le plus de temps à la prestation du produit ou du service.	IMBR-CS14
19	Types de lignes directrices pré-autorisées	Aux fins du FDIO-21C, le type de ligne directrice pré-autorisée pour une facture doit être le même que celui qui est indiqué sur le régime d'origine.	IMBR-CS28
20	Frais	Aux fins du FDIO-21C, il doit y avoir au moins une catégorie de frais remboursables selon les Lignes directrices pré-autorisées.	IMBR-CS29
21	Frais	Aux fins du FDIO-21C, le total des frais selon les Lignes directrices pré-autorisées doit être égal à la somme de tous les frais individuels remboursables.	IMBR-CS30
22	Autre type de services	Si l'on inscrit « autre type de services » à la rubrique portant sur les montants de l'autre assurance, on doit en fournir une description.	IMBR-CS5
23	Totaux	Aux fins du FDIO-21C, le total des autres produits et services doit être égal à la somme de tous les produits et services remboursables précisés.	IMBR-CS31
24	Total partiel	Le total partiel indiqué sur le document doit être égal à la somme de toutes les rubriques.	PM-CSR10
25	TPS	Le montant de la TPS doit être supérieur ou égal à zéro.	PM-CSR11
26	TVP	Le montant de la TVP doit être supérieur ou égal à zéro.	PM-CSR12
27	Total de l'assureur	Le montant total de l'assureur automobile du régime doit être • supérieur à zéro • et égal à la somme du total partiel, de la TPS, de la TVP, du MSSLD et des autres assureurs 1 et 2.	IMBR-CR1
FDIO-21A Règles de présentation – applicables uniquement au centre de saisie des données			
1	Numéro du régime	Le centre de saisie des données n'accepte pas un formulaire FDIO-21A s'il n'a pas auparavant reçu un Programme de traitement (FDIO-18) ou une Demande d'approbation pour une évaluation ou un examen (FDIO-22). Dans ce cas, on doit soumettre un formulaire FDIO-21B.	BR-DEC-00
2	Numéro de la police/demande	On doit indiquer le numéro de la police ou de la demande.	PM-CSR1
3	Date de l'accident	La date de l'accident doit être égale ou antérieure à la date du jour.	PM-CSR7
4	Date de naissance	La date de naissance d'un demandeur doit être égale ou antérieure à la date de l'accident.	PM-CSR4
5	Date de naissance	Le demandeur ne peut avoir plus de 120 ans.	PM-CSR6

Numéro	Champ	Description	N° de validation
6	Nom de l'établissement	Tous les établissements et fournisseurs énumérés sur le formulaire doivent être inscrits au Système DRSSAA.	PM-CSR28
7	Code de blessure	Le document doit indiquer au moins une blessure.	PM-CSR14
8	Nom du bénéficiaire	Le bénéficiaire pour une facture doit être l'établissement associé à l'utilisateur qui crée la facture, à moins que l'établissement décide de ne pas « verrouiller le bénéficiaire » en s'inscrivant au Système DRSSAA. Si c'est le cas, le bénéficiaire peut être quelqu'un d'autre que l'établissement.	IMBR-CS6
9	Date de signature	La date de la signature du signataire autorisé doit être postérieure ou égale à la date de l'accident.	IMBR-CS42
10	Facture	Une facture créée au titre d'un régime ne peut être associée qu'à ce régime. On doit créer une nouvelle facture pour les produits et services offerts au titre de plusieurs régimes.	IMBR-CS22
11	Date du service	La date de prestation d'un produit ou service doit être égale ou postérieure à la date de l'accident.	IMBR-CS7
12	Nom du fournisseur	Chaque produit ou service peut être offert par plus d'un fournisseur de soins de santé, mais on peut inscrire sur la facture le nom d'un seul fournisseur pour chaque produit ou service offert. Le nom du fournisseur principal doit être inscrit. Ce dernier est le fournisseur qui consacre le plus de temps à la prestation du produit ou du service.	IMBR-CS14
13	Autre type de services	Si l'on inscrit « autre type de services » à la rubrique portant sur les montants de l'autre assurance, on doit en fournir une description.	IMBR-CS5
14	Total partiel	Le total partiel du document doit être égal à - la somme de toutes les rubriques, plus - la somme de la TPS et de la TVP indiquée à chaque rubrique	PM-CSR10
15	Total de l'assureur	Le montant total de l'assureur automobile du régime doit être - supérieur ou égal à zéro - et égal à la somme du total partiel (qui comprend la TPS et la TVP, le MSSLD, les montants des autres assureurs 1 et 2 et l'intérêt)	IMBR-CR1

Formulaire à renvoyer à l'adresse suivante :

Programme de traitement (OCF-18)

Formulaire à utiliser pour les accidents survenus à partir du 1^{er} novembre 1996.

**N° de la demande :

**N° de la police :

Date de l'accident :
(AAAAMMJJ)

Le programme de traitement du demandeur porte le n° _____ délivré par le professionnel ou l'établissement de santé ou le travailleur social ci-dessous.

À l'attention du demandeur :

Remplissez les parties 1 et 2. Par la suite, une fois que votre praticien ou professionnel de la santé ou votre travailleur social aura examiné avec vous votre programme de traitement, veuillez signer la partie 14.

Votre praticien ou professionnel de la santé ou votre travailleur social remplira toutes les autres parties du formulaire. **La partie 5 doit être signée par un praticien de la santé (chiropraticien, dentiste, infirmier praticien, ergothérapeute, optométriste, médecin, physiothérapeute, psychologue, orthophoniste).** Veuillez fournir tous les renseignements demandés.

Tel qu'indiqué sur la formule, toutes les pièces jointes doivent être envoyées directement à l'assureur.

Tous les champs doivent être remplis sous réserve des exceptions suivantes

*renseignement à fournir si on le connaît

**au moins un champ dans cette partie

***facultatif

À l'attention du praticien ou professionnel de la santé ou du travailleur social :

Le présent programme de traitement devrait inclure, dans la mesure du possible, tous les produits et services prévus par ce praticien ou professionnel de la santé ou ce travailleur social pendant la période visée par ce programme.

Consentement : Il incombe au praticien ou professionnel de la santé ou au travailleur social de s'assurer qu'il est autorisé par un formulaire de consentement à collecter, utiliser et divulguer les renseignements transmis. Le formulaire de demande d'indemnités de l'Ontario n° 5 (FDIO-5), *Autorisation de divulguer des renseignements médicaux*, peut être utilisé comme formulaire de consentement à cet effet.

Remarque : S'il s'agit d'une déficience visée par des Lignes directrices pré-autorisées, vous devez remplir le formulaire FDIO-23/198 intitulé *Confirmation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées* au lieu du présent Programme de traitement, à moins que la demande ne soit présentée pour d'autres produits et services non prévus par des Lignes directrices pré-autorisées.

La collecte, l'utilisation et la divulgation de ces renseignements sont assujetties aux lois relatives à la protection de la vie privée.

Partie 1 Renseignements sur le demandeur

À remplir par le demandeur

Date de naissance (AAAAMMJJ)	Sexe ☐ Homme ☐ Femme	*Téléphone - -
Nom		
Prénom		***Second prénom
Adresse		
Ville	Province	Code postal

Partie 2 Renseignements sur l'assureur

À remplir par le demandeur

Nom de l'assureur		Localité de la succursale (s'il y a lieu)
*Nom de l'expert		*Prénom de l'expert
*Téléphone de l'expert - -	Poste	*Télécopieur de l'expert - -
**Nom du titulaire de la police identique au ☐ demandeur OU	**Nom du titulaire de la police	*Prénom du titulaire de la police

Partie 3 Autre assurance

À remplir par le professionnel de la santé ou le travailleur social chargé de la préparation et de la supervision du programme à partir des renseignements fournis par le demandeur

AUTRE ASSURANCE : Y a-t-il d'autres assurances couvrant des produits ou services indiqués dans ce programme de traitement? J'ai effectué des vérifications raisonnables concernant le demandeur et ai déterminé que :		
☐ NON Aucune autre assurance identifiée ne couvre ces produits et services.		
☐ OUI Une autre assurance pourrait couvrir au moins une partie de ces produits et services.		
MSSLD	Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) couvre-t-il un ou plusieurs des produits et services indiqués dans ce programme de traitement? ☐ Oui ☐ Non ☐ Sans objet	
Autre assureur 1	*Nom de l'autre assureur	*N° de police ou de régime de l'autre assureur
	*Nom du participant au régime	*Code d'identification de l'autre assureur
Autre assureur 2	*Nom de l'autre assureur	*N° de police ou de régime de l'autre assureur
	*Nom du participant au régime	*Code d'identification de l'autre assureur

Nota – Afin de faciliter la lecture du présent formulaire, le masculin est utilisé comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.

Partie 4 Définition d'un conflit d'intérêts

Un Programme de traitement place une personne dans une situation de conflit d'intérêts si les deux conditions suivantes sont réunies :

i) la personne ou un membre de la famille de la personne peut recevoir, directement ou indirectement, un avantage financier à la suite de la prestation, par ce membre de la famille de la personne ou par une autre personne, de produits ou de services prévus dans le Programme de traitement;

ii) la personne qui peut recevoir l'avantage financier n'est pas employée par la personne qui fournira les produits ou les services et n'a pas conclu de contrat avec la personne qui assurera la fourniture de tels produits ou services ou dont celle-ci relèvera.

Remarque : Si l'assureur découvre, après avoir approuvé ce Programme de traitement, qu'il existe un conflit d'intérêts qui n'a pas été divulgué, l'assureur peut exiger du demandeur qu'il modifie le Programme de traitement de façon à éliminer ce conflit d'intérêts. Dans ce cas, si aucune modification n'est effectuée, l'assureur n'est pas tenu de rembourser les dépenses futures auxquelles se rapporte le conflit d'intérêts.

Partie 5 Signature du praticien de la santé

Certification du
programme

Nom du praticien de la santé		N° d'inscription de l'Ordre		Votre profession : ☐ Chiropraticien ☐ Dentiste ☐ Infirmier praticien ☐ Ergothérapeute ☐ Optométriste ☐ Médecin ☐ Physiothérapeute ☐ Psychologue ☐ Orthophoniste ☐ Autre _____
Nom de l'établissement (s'il y a lieu)		Code d'identification de l'établissement selon la FAAS (s'il y a lieu)		
Adresse				
Ville	Province	Code postal		
Téléphone - -	*Poste	*Télécopieur - -		
*Courriel				
☐ Je déclare que ce Programme de traitement ne me place devant aucun conflit d'intérêts et qu'après avoir effectué des vérifications raisonnables, j'ai établi qu'il n'y a pas de conflit d'intérêts relativement à ce Programme de traitement de la part de quiconque ayant recommandé le demandeur à une personne qui fournira les produits et services prévus dans ce formulaire. ou ☐ Je déclare les conflits d'intérêts suivants relativement à ce Programme de traitement :				
Je confirme que, à ma connaissance, les renseignements contenus dans ce programme de traitement sont exacts, que le programme de traitement a été revu avec le demandeur par le professionnel de la santé réglementé ou le travailleur social désigné à la partie 6 et que les produits et services prévus sont raisonnables et nécessaires pour le traitement des blessures du demandeur décrites à la partie 7 et la réadaptation de ce dernier. Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse sciemment faite à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une infraction à la <i>Loi sur les assurances</i>. Je reconnais également que le fait de frauder ou de tenter de frauder un assureur par supercherie, mensonge ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction en vertu du <i>Code criminel</i> fédéral. Ces renseignements serviront à traiter les paiements des indemnités réclamées, à déterminer et à analyser la nature, les effets et les coûts des produits et services fournis aux victimes d'accidents d'automobile par les fournisseurs de soins de santé ainsi qu'à empêcher les fraudes et à les détecter.				
Nom du praticien de la santé (en lettres moulées)		Signature du praticien de la santé		Date (AAAAMMJJ)

Partie 6 Signature du praticien de la santé réglementé ou du travailleur social

Préparation et
supervision du
programme
S'il s'agit de la
même personne que
celle désignée à la
partie 5, cochez
cette case ☐ et **NE
REMPLISSEZ PAS
la partie 6.**

Nom du praticien de la santé réglementé ou du travailleur social		N° d'inscription		Votre profession ☐ Chiropraticien ☐ Dentiste ☐ Massothérapeute ☐ Infirmier ☐ Ergothérapeute ☐ Optométriste ☐ Médecin ☐ Physiothérapeute ☐ Psychologue ☐ Travailleur social ☐ Orthophoniste ☐ Autre _____
Nom de l'établissement (s'il y a lieu)		Code d'identification de l'établissement selon la FAAS (s'il y a lieu)		
Adresse				
Ville	Province	Code postal		
Téléphone - -	*Poste	*Télécopieur - -		
*Courriel				
☐ Je déclare que ce Programme de traitement ne me place devant aucun conflit d'intérêts et qu'après avoir effectué des vérifications raisonnables, j'ai établi qu'il n'y a pas de conflit d'intérêts relativement à ce Programme de traitement de la part de quiconque ayant recommandé le demandeur à une personne qui fournira les produits et services prévus dans ce formulaire. ou ☐ Je déclare les conflits d'intérêts suivants relativement à ce Programme de traitement :				
J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse sciemment faite à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une infraction à la <i>Loi sur les assurances</i>. Je reconnais également que le fait de frauder ou de tenter de frauder un assureur par supercherie, mensonge ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction en vertu du <i>Code criminel</i> fédéral.				
Nom du professionnel de la santé réglementé ou du travailleur social (en lettres moulées)		Signature du professionnel de la santé réglementé ou du travailleur social		Date (AAAAMMJJ)

À l'intention du professionnel de la santé ou du travailleur social :

Nota – Afin de faciliter la lecture du présent formulaire, le masculin est utilisé comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.

Partie 7 Blessures et séquelles

Fournissez une description (en commençant par les points les plus importants) des blessures et séquelles qui résultent directement de l'accident d'automobile, avec les codes ICD-10-CA* correspondants.

Description	Code

Remarque* : Consultez le guide de l'utilisateur (www.hcaiinfo.ca) pour tout renseignement concernant la classification ICD-10-CA.

Partie 8 Affections antérieures et parallèles

☐ Feuilles
supplémentaires jointes

a) Avant l'accident, le demandeur souffrait-il d'une maladie, d'une affection ou d'une lésion qui pourrait influencer sur sa réaction au traitement administré pour soigner les blessures décrites à la partie 7?

☐ Non ☐ Ne sais pas ☐ Oui (veuillez préciser)

Dans l'affirmative, le demandeur a-t-il passé des examens ou reçu des traitements pour cette maladie, cette affection ou cette lésion au cours de l'année écoulée?

☐ Non ☐ Ne sais pas ☐ Oui (veuillez préciser et nommer le fournisseur, s'il est connu)

b) Depuis l'accident d'automobile, le demandeur a-t-il contracté ou subi une maladie, une affection ou une lésion non reliée à l'accident qui pourrait influencer sur sa réaction au traitement administré pour soigner les blessures décrites à la partie 7?

☐ Non ☐ Ne sais pas ☐ Oui (veuillez préciser)

c) Cette déficience est-elle visée par des Lignes directrices pré-autorisées?

☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, veuillez expliquer de manière complète, en conformité avec les Lignes directrices pré-autorisées et en indiquant les dispositions exactes des Lignes directrices sur lesquelles vous vous appuyez, les raisons pour lesquelles vous présentez le présente FDIO-18, *Programme de traitement*, au lieu du formulaire *Confirmation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées* (FDIO-23/198).

Envoyez les pièces jointes directement à l'assureur

Partie 9 Restrictions relatives aux activités

a) Est-ce que la ou les déficiences du demandeur découlant des blessures décrites à la partie 7 limitent ses capacités à effectuer :

les tâches reliées à son emploi ☐ Sans emploi ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐ Oui

ses activités quotidiennes normales ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐ Oui

b) Si vous avez répondu « oui » à l'une des deux questions ci-dessus, décrivez brièvement les activités dont l'exécution est restreinte par la déficience et leur incidence sur la capacité du demandeur à fonctionner.

c) Si le demandeur est incapable de poursuivre une activité qu'il effectuait avant l'accident, l'employeur est-il en mesure d'adapter adéquatement le cadre d'emploi du demandeur?

☐ Sans emploi ☐ Oui ☐ Ne sais pas ☐ Non (veuillez expliquer)

Partie 10
Objectifs du
programme de
traitement,
méthodes
d'évaluation
des résultats
et obstacles
au
rétablissement

a) Objectifs : (i) Identifiez l'objectif ou les objectifs visés par ce Programme de traitement en rapport avec la ou les déficiences, le ou les symptômes ou la pathologie du demandeur : <table border="0"><tr><td>☐ réduction de la douleur</td><td>☐ augmentation de l'amplitude des mouvements</td></tr><tr><td>☐ augmentation de la force</td><td>☐ autre(s) (précisez)</td></tr></table> et (ii) Précisez le ou les objectifs fonctionnels visés par ce Programme de traitement : <table border="0"><tr><td>☐ retour aux activités quotidiennes normales</td><td>☐ retour aux activités professionnelles pratiquées avant l'accident</td></tr><tr><td>☐ retour à des activités professionnelles modifiées</td><td>☐ autre(s) (précisez)</td></tr></table>	☐ réduction de la douleur	☐ augmentation de l'amplitude des mouvements	☐ augmentation de la force	☐ autre(s) (précisez)	☐ retour aux activités quotidiennes normales	☐ retour aux activités professionnelles pratiquées avant l'accident	☐ retour à des activités professionnelles modifiées	☐ autre(s) (précisez)
☐ réduction de la douleur	☐ augmentation de l'amplitude des mouvements							
☐ augmentation de la force	☐ autre(s) (précisez)							
☐ retour aux activités quotidiennes normales	☐ retour aux activités professionnelles pratiquées avant l'accident							
☐ retour à des activités professionnelles modifiées	☐ autre(s) (précisez)							
b) Évaluation : (i) Comment sera évaluée la progression vers l'atteinte des objectifs fixés aux points a (i) et a (ii)? (ii) *S'il s'agit d'un programme de traitement subséquent, quelle amélioration avez-vous constatée à la fin du traitement précédent, en vous appuyant sur votre propre méthode d'évaluation? Envoyez les pièces jointes directement à l'assureur								
c) Obstacles au rétablissement : (i) Avez-vous identifié d'autres obstacles au rétablissement? ☐ Non ☐ Oui (précisez) (ii) Proposez-vous des recommandations ou des stratégies pour surmonter ces obstacles? ☐ Non ☐ Oui (précisez) 								
d) Traitements parallèles : Savez-vous si des traitements parallèles non inclus dans le présent Programme de traitement seront prodigués par d'autres fournisseurs ou établissements? ☐ Non ☐ Oui (précisez) 								
e) Cohérence : Y a-t-il des lignes directrices de pratique applicables au traitement proposé? ☐ Oui (nommez les lignes directrices) : ☐ Non (précisez) :								

Nom du demandeur :		ASSUREUR – À RETOURNER PAR TÉLÉCOPIEUR	N° de la police :	
Nom du fournisseur :			N° de la demande :	
Télécopieur du fournisseur :			Date de l'accident :	

Partie 11

Fournisseurs de soins de santé / travailleurs sociaux

Référence du fournisseur	Catégorie de fournisseur	Fournisseur		Réglementé (N° d'inscription de l'Ordre)	Non réglementé (code d'identif. de la FAAS s'il y a lieu)	Tarif horaire (s'il y a lieu)
		Nom	Prénom			
A						
B						
C						
D						
E						
F						

Partie 12 Produits et services proposés

Dans la mesure du possible, ce programme de traitement devrait inclure **tous les produits et services (P/S)** prévus par l'établissement ou le professionnel de la santé, ou le travailleur social, pour la durée du traitement.

Réf. P/S	Description	Code	Attribut	Réf. du fournisseur	Estimation par jour			Prévision						
					Quantité	Mesure	Coût	Nombre total	Coût total					
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
Durée prévue du programme de traitement :				semaines	Total partiel :									
*Combien de consultations avez-vous déjà effectuées :				visites	Moins MSSLD :									
Remarque ¹ : Consultez le Guide de l'utilisateur (www.hcaiinfo.ca) pour tout renseignement sur les codes. Les codes d'attribut servent à donner des précisions additionnelles sur les codes de services. On les retrouve également dans le guide de l'utilisateur. Le paiement de ces frais par l'assureur automobile est consécutif aux indemnités accessoires disponibles.								Moins autres assureurs 1 + 2 :						
								TPS (s'il y a lieu) :						
								TVP (s'il y a lieu) :						
								Total de l'assureur automobile :						
Indiquez tout commentaire supplémentaire en rapport avec les produits et services proposés :														
Avez-vous des pièces à joindre? ☐ Oui ☐ Non Dans l'affirmative, combien? _____ Envoyez les pièces jointes directement à l'assureur.														

Partie 13

Signature de l'assureur

☐ ***Je renonce à l'obligation de faire signer le demandeur.

J'ai examiné le présent Programme de traitement et, en m'appuyant sur les renseignements obtenus :

☐ j'approuve ce Programme de traitement
 ☐ je l'approuve en partie
 ☐ je ne l'approuve pas

L'Annexe sur les indemnités d'accident légales établit que, en vertu des stipulations portant sur les conflits d'intérêts, l'assureur doit, dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la demande remplie (en cinq jours ouvrables si l'assureur refuse le Programme de traitement en raison de l'applicabilité de Lignes directrices pré-autorisées), faire parvenir au demandeur un avis :

1. indiquant les produits et services prévus dans le Programme de traitement que l'assureur est disposé à payer; ou
 2. informant le demandeur qu'un examen s'impose pour tout produit ou service que l'assureur n'accepte pas de payer; ou
 3. indiquant qu'un examen s'impose pour déterminer l'applicabilité de Lignes directrices pré-autorisées.

Nom de l'expert (en lettres moulées)	Signature de l'expert	Date (AAAA-MM-JJ)
--------------------------------------	-----------------------	-------------------

À l'assureur : Veuillez fournir une copie de la présente page au demandeur, au praticien de la santé nommé à la partie 5 et au professionnel de la santé réglementé ou au travailleur social indiqué à la partie 6, le cas échéant.

Remarque : Les honoraires imposés pour le remplissage de ce certificat ne sont pas couverts par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Ces honoraires doivent être facturés directement à l'assureur. Le praticien de la santé doit communiquer avec chacun des professionnels de la santé nommés à la partie 11 et fournir des renseignements détaillés sur les services et les autres frais qui ont été approuvés et qui sont remboursables en vertu du présent Programme de traitement.

Partie 14
Signature du
demandeur

Doit être remplie
à moins que
l'assureur n'y
renonce

J'ai examiné le présent Programme de traitement et je l'accepte. Je reconnais que le remboursement des frais de ce programme est subordonné à l'approbation de l'assureur.

Si mon assureur n'accepte pas de payer tous les produits et services prévus dans le Programme de traitement, je reconnais qu'un examen pourrait s'imposer pour déterminer mon admissibilité aux produits et services en question.

Si un examen est demandé, j'autorise mon assureur et le travailleur social chargé de mon dossier ou le professionnel de la santé qui me traite à divulguer au professionnel de la santé, au travailleur social ou au spécialiste de la réadaptation désigné en bonne et due forme par mon assureur pour l'étude de cette demande les seuls renseignements portant sur mon état de santé et les traitements et services de réadaptation reçus en raison de mon accident d'automobile, tel que cela sera raisonnablement nécessaire pour la détermination de mon admissibilité aux indemnités.

Comme le stipule la loi, une copie du rapport d'examen préparé par le professionnel de la santé, le travailleur social ou le spécialiste de la réadaptation désigné par l'assureur pour l'étude de la demande me sera envoyée, de même que la décision de l'assureur.

Sous réserve des dispositions de l'Annexe sur les indemnités d'accident légales et dans les circonstances qui requièrent une autorisation préalable, je reconnais que si j'entreprends un traitement proposé avant son approbation par l'assureur, je peux être tenu de payer moi-même le service rendu en mon nom par le fournisseur.

Ce consentement ne s'applique pas à une consultation entre mon fournisseur de soins de santé et le professionnel de la santé de l'assureur qui effectue un examen (mentionné aux sous-sections 24 (1) 9 et 24.1 (1) 2 de l'Annexe sur les indemnités d'accident légales – accidents survenus le 1er novembre 1996 ou après ce jour). Un consentement spécial distinct doit être fourni par écrit pour cette consultation.

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse sciemment faite à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une infraction à la *Loi sur les assurances*. Je reconnais également que le fait de frauder ou de tenter de frauder un assureur par supercherie, mensonge ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction en vertu du *Code criminel* fédéral.

Nom du demandeur ou du mandataire (en lettres moulées)	Signature du demandeur ou du mandataire	Date (AAAAMJJJ)

Facture d'assurance-automobile standard (FDIO-21)

**N° de la demande :

**N° de la police :

Date de l'accident:
(AAAAMJJ)

Veuillez fournir tous les renseignements demandés.

Confidentialité : La collecte, l'utilisation et la divulgation de ces renseignements sont assujetties aux lois relatives à la protection de la vie privée.

Tel qu'indiqué sur la formule, toutes les pièces jointes doivent être envoyées directement à l'assureur.

Tous les champs doivent être remplis sous réserve des exceptions suivantes

*renseignement à fournir si on le connaît

**au moins un champ dans cette partie

***facultatif

Ce formulaire est à utiliser pour les accidents survenus à partir du 1^{er} novembre 1996 et pour des produits et services médicaux et de réhabilitation payables par un assureur automobile. Vous trouverez sur le site www.hcaiinfo.ca un guide de l'utilisateur qui vous aidera à remplir le formulaire et ses différentes versions.

Veuillez joindre la version C (pages 2 et 3) pour des frais visés par des Lignes directrices pré-autorisées (LDPA) et la version A (page 2) dans le cas d'un programme de traitement ou d'un plan d'évaluation déjà approuvé. La version B (pages 2 et 3) doit être employée pour tous les autres produits et services. Elle peut aussi être utilisée, à la discrétion du fournisseur, dans le cas de programmes de traitement et plans d'évaluation déjà approuvés.

Partie 1 Renseignements sur le demandeur

Date de naissance (AAAAMJJ)	Sexe ☐ Homme ☐ Femme	*Téléphone	Poste
Nom			
Prénom		***Second prénom	
Adresse			
Ville	Province	Code postal	

Partie 2 Renseignements sur l'assureur

Nom de l'assureur		Localité de la succursale (s'il y a lieu)	
*Nom de l'expert		*Prénom de l'expert	
*Téléphone de l'expert		Poste	*Télécopieur de l'expert
**Nom du titulaire de la police identique au ☐ demandeur	**Nom du titulaire de la police		*Prénom du titulaire de la police

Partie 3 Renseignements sur la facture

N° de facture	
1 ^{re} facture	☐ Oui ☐ Non
2 ^e facture	☐ Oui ☐ Non

Dans le cas de produits et services déjà approuvés, complétez le tableau suivant :

*Type de programme/plan ou de lignes directrices pré-autorisées	*Date du progr.	*N° du progr./plan	*Montant approuvé	*Montant précédent
☐ Programme de traitement (FDIO-18) ♦				
☐ Plan d'évaluation (FDIO-22) ♦				
☐ LDPA Type : ♣				
♦ Joindre la version A ou B ♣ Joindre la version C Joindre la version B à toutes les autres factures.				

Partie 4 Renseignements sur le bénéficiaire

Nom de l'établissement (s'il y a lieu)		Code d'identification de l'établissement selon la FAAS (s'il y a lieu)	
Nom du bénéficiaire		Prénom du bénéficiaire	N° du bénéficiaire (s'il y a lieu)
Adresse			
Ville	Province	Code postal	
Téléphone	Poste	*Télécopieur	
*Courriel			
☐ Je déclare que cette facture ne me place devant aucun conflit d'intérêts et qu'après avoir effectué des vérifications raisonnables, j'ai établi qu'il n'y a pas de conflit d'intérêts relativement à cette facture de la part de quiconque ayant recommandé le demandeur à une personne qui a fourni les produits et services indiqués dans cette facture. OU ☐ Je déclare que cette facture occasionne les situations de conflit d'intérêts suivantes :			
J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse sciemment faite à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une infraction à la <i>Loi sur les assurances</i> . Je reconnais également que le fait de frauder ou de tenter de frauder un assureur par supercherie, mensonge ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction en vertu du <i>Code criminel</i> fédéral. Ces renseignements serviront à traiter les paiements des indemnités réclamées, à déterminer et à analyser la nature et les coûts des produits et services fournis aux victimes d'accidents d'automobile par les fournisseurs de soins de santé ainsi qu'à empêcher les fraudes et à les détecter lorsqu'il existe des motifs raisonnables de soupçonner une telle éventualité.			
Nom du professionnel de la santé, du travailleur social ou du signataire autorisé (en lettres moulées)		Signature du professionnel de la santé, du travailleur social ou du signataire autorisé	
		Date (AAAAMJJ)	

FDIO-21 - Version B - page 2

Version B – les pages 2 et 3 sont utilisées ensemble pour facturer les produits et services qui n'ont pas été antérieurement approuvés par l'assureur au moyen d'un formulaire FDIO-18 ou FDIO-22;

Elles peuvent servir, à la discrétion du fournisseur, à facturer tout produit ou service à l'exception de ceux visés par des Lignes directrices pré-autorisées (utilisez la version C - pages 2 et 3).

Blessures et séquences	'Code
Description	
Les détails sur les blessures ne sont pas nécessaires s'ils sont identiques à ceux indiqués dans un programme approuvé.	
† Consultez le guide de l'utilisateur (www.hcinfo.ca) pour tout renseignement sur la classification.	

Fournisseurs				Réglementé (N° d'inscription de l'Ordre)	Non réglementé (N° de FAAS s'il y a lieu ou en blanc)	Tarif horaire	Réserve à l'assureur
Réf.	Type	Nom	Prénom				
A							
B							
C							
D							
E							
F							

Les détails sur les fournisseurs ne sont pas nécessaires s'ils sont identiques à ceux indiqués dans un programme approuvé antérieurement.
* Consultez le guide de l'utilisateur (www.hcalinfo.ca) pour tout renseignement sur la classification.

[illegible]☐ Feuilles supplémentaires jointes

Version B - les pages 2 et 3 sont utilisées ensemble pour facturer les produits et services qui n'ont pas été antérieurement approuvés par l'assureur au moyen d'un formulaire FDIO-18 ou FDIO-22. Elles peuvent servir, à la discrétion du fournisseur, à facturer tout produit ou service à l'exception de ceux visés par des Lignes directrices pré-autorisées (utilisez la version C - pages 2 et 3).

AUTRE ASSURANCE : J'ai effectué des vérifications raisonnables sur le demandeur et j'ai déterminé que :			
☐ NON	<i>Aucune autre assurance identifiée ne couvre ces produits et services</i>	☐ OUI	<i>Une autre assurance pourrait couvrir au moins une partie de ces produits et services</i>
Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) couvre-t-il un ou plusieurs des produits et services indiqués dans cette facture?			
MSSLD	☐ Oui ☐ Non ☐ Sans objet		
Autre assureur 1	*Nom de l'autre assureur	*N° de police ou de régime de l'autre assureur	
	*Nom du participant au régime	*Code d'identification de l'autre assureur	
Autre assureur 2	*Nom de l'autre assureur	*N° de police ou de régime de l'autre assureur	
	*Nom du participant au régime	*Code d'identification de l'autre assureur	
Les détails sur l'autre assureur ne sont pas requis s'ils sont identiques à ceux figurant dans un programme pré-autorisé.			

Définition du terme « conflit d'intérêts »

Une facture place une personne dans une situation de conflit d'intérêts si les deux conditions suivantes sont réunies :

- i. La personne, un membre de la famille de la personne ou une autre personne peut recevoir, directement ou indirectement, un avantage financier à la suite de la prestation, par ce membre de la famille de la personne, de produits ou de services;
- ii. la personne qui peut recevoir l'avantage financier n'est pas employée par la personne qui fournira les produits ou les services et n'a pas conclu de contrat avec la personne qui assurera la fourniture de tels produits ou services ou dont celle-ci relèvera.

Autre assurance (pour les produits et services sur la présente facture)					
	MSSLD	Assur. 1	Assur. 2	Activité du compte depuis dernière facture (si des intérêts sont imputés)	
Chiropraxie :				Solde antérieur :	
Physiothérapie :					
Massothérapie :				Paiement reçu de l'assureur auto. :	
¹ Autre type de services :					
Total :				² Montant en souffrance :	
¹ Précisez l'autre type de services :	⁴ L'assureur paiera les intérêts sur les montants en souffrance conformément à l'Annexe sur les indemnités d'accident légales.				

Total partiel :	
Moins MSSLD :	
Moins autres assureurs 1 + 2 :	
TPS (<i>s'il y a lieu</i>) :	
TVP (<i>s'il y a lieu</i>) :	
²Intérêts :	
Total de l'assur. automobile :	

Chèque à l'ordre de : _____

*** Autres renseignements : _____

Avez-vous des pièces à joindre? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, combien? _____

Envoyez les pièces jointes directement à l'assureur.

Réservé à l'assureur		
Examiné par :		
Approuvé par :		
Nom du bénéficiaire :		
Montant payé :	Total	Intérêts
	Total global	

FDIO-21 - Version C - page 2

Version C - les pages 2 et 3 sont jointes à la page 1 du FDIO-21 et servent à facturer les produits et services visés par des Lignes directrices pré-autorisées. Pour tous les autres produits et services, joignez la version A ou B.

Blessures et séquelles	Description	Code
Les détails sur les blessures ne sont pas nécessaires s'ils sont identiques à ceux indiqués sur le FDIO-23/198. Confirmation du traitement selon les <i>Lignes directrices</i> pré-autorisées. † Consultez le guide de l'utilisateur (www.hcinfo.ca) pour tout renseignement sur la classification.		

Réf.	Fournisseurs		Réglementé (N° d'inscription de l'Ordre)	Non réglementé (N° de FAAS s'il y a lieu ou en blanc)	Tarif horaire	Réservé à l'assureur
	Type	Nom Prénom				
A						
B						
C						
D						
E						
F						

* Consultez le guide de l'utilisateur (www.hcalinfo.ca) pour tout renseignement sur la classification.

† Consultez le guide de l'utilisateur (www.hcaiinfo.ca) pour tout renseignement sur la classification.

[illegible]

[†] Consultez le guide de l'utilisateur (www.hcaiinfo.ca) pour tout renseignement sur la classification.

☐ Feuilles supplémentaires jointes

Frais remboursables selon les Lignes directrices pré-autorisées :			
Description	¹ Code	¹ Attribut	Coût
¹ Consultez le guide de l'utilisateur (www.hcaiinfo.ca) pour tout renseignement sur la classification.			Total des frais relevant des LDPA :

Autres produits et services remboursables approuvés par l'assureur :											
Date du service			Description	Code	Attribut	Référence du fournisseur	Quantité	Mesure	TPS (4)	TVP (4)	Coût
AAAA	MM	JJ									
			Total des autres produits et services :								

■ Consultez le guide de l'utilisateur (www.hcaiinfo.ca) pour tout renseignement sur la classification.

Autre assurance (pour les produits et services sur la présente facture)		MSSLD	Assur. 1	Assur. 2	Activité du compte depuis dernière facture (si des intérêts sont imputés)	Total partiel :
	Chiropraxie :					
	Physiothérapie :				Moins autres assureurs 1 + 2 :	TPS (s'il y a lieu) :
	Massothérapie :					
	¹ Autre type de services :					
	Total :				² Montant en souffrance :	² Intérêts :
	¹ Précisez l'autre type de services:				¹ L'assureur paiera les intérêts sur les montants en souffrance conformément à l'Annexe sur les indemnités d'accident légales.	Total de l'assureur automobile :

Chèque à l'ordre de :			
***Autres renseignements :			
Avez-vous des pièces à joindre? ☐ Oui ☐ Non			
Dans l'affirmative, combien? _____			
Envoyez les pièces jointes directement à l'assureur.			

Réservé à l'assureur			
Examiné par :			
Approuvé par :			
Nom du bénéficiaire :			
Montant payé :		Total	Intérêts
		Total global	

Formulaire à renvoyer à l'adresse suivante :

À l'attention du demandeur :

Utilisez le présent formulaire pour demander une autorisation préalable à l'égard du paiement d'une évaluation ou d'un examen lorsqu'une telle autorisation est requise.

Veuillez fournir tous les renseignements demandés.

La collecte, l'utilisation et la divulgation de ces renseignements sont assujetties aux lois relatives à la protection de la vie privée. Il est possible que des divulgations et des consentements supplémentaires soient requis selon la façon dont les renseignements sont utilisés et divulgués.

Tel qu'indiqué sur la formule, toutes les pièces jointes doivent être envoyées directement à l'assureur.

Tous les champs doivent être remplis sous réserve des exceptions suivantes

*renseignement à fournir si on le connaît

**au moins un champ dans cette partie

***facultatif

**Partie 1
Renseignements sur le demandeur**

À remplir par le demandeur

**Partie 2
Renseignements sur l'assureur**

À remplir par le

**Partie 3
Signature du professionnel de la santé réglementé ou du travailleur social**

Demande d'approbation pour une évaluation ou un examen (FDIO-22)

Formulaire à utiliser pour les accidents survenus à partir du 1^{er} novembre 1996

**N° de la demande :

**N° de la police :

Date de l'accident :
(AAAAMMJJ)

À l'attention du praticien ou professionnel de la santé ou du travailleur social :

Consentement : Il incombe au praticien ou professionnel de la santé ou au travailleur social de s'assurer qu'il est autorisé par un formulaire de consentement à collecter, utiliser et divulguer les renseignements transmis. Le formulaire de demande d'indemnités de l'Ontario n° 5 (FDIO-5), *Autorisation de divulguer des renseignements médicaux*, peut être utilisé comme formulaire de consentement à cet effet.

Une demande d'approbation ou de paiement adressée à l'assureur pour des frais encourus dans le cadre d'une évaluation ou un examen peut être faite à l'aide du présent formulaire ou du FDIO-18, *Programme de traitement*.

Date de naissance (AAAAMMJJ)	Sexe ☐ Homme ☐ Femme	*Téléphone - -	Poste
Nom			
Prénom		***Second prénom	
Adresse			
Ville	Province	Code postal	

Nom de l'assureur		Localité de la succursale (s'il y a lieu)	
*Nom de l'expert		*Prénom de l'expert	
*Téléphone de l'expert - -		Poste - -	
*Télécopieur de l'expert - -			
**Nom du titulaire de la police identique au ☐ demandeur OU	**Nom du titulaire de la police	*Prénom du titulaire de la police	

Nom du praticien de la santé réglementé ou du travailleur social		N° d'inscription de l'Ordre		Votre profession ☐ Chiropraticien ☐ Dentiste ☐ Massothérapeute ☐ Infirmier praticien ☐ Ergothérapeute ☐ Optométriste ☐ Médecin ☐ Physiothérapeute ☐ Psychologue ☐ Travailleur social ☐ Orthophoniste ☐ Autre _____
Nom de l'établissement (s'il y a lieu)		Code d'identification de l'établissement selon la FAAS (s'il y a lieu)		
Adresse				
Ville	Province	Code postal		
Téléphone - -		Poste - -		
*Télécopieur - -				
*Courriel				

☐ Je déclare que le présent formulaire ne me place devant aucun conflit d'intérêts et qu'après avoir effectué des vérifications raisonnables, j'ai établi qu'il n'y a pas de conflit d'intérêts relativement au présent formulaire de la part de quiconque ayant recommandé le demandeur à une personne qui fournira les produits et services prévus dans le formulaire.

ou

☐ Je déclare les conflits d'intérêts suivants relativement à la présente demande : _____

Je confirme que, à ma connaissance, les renseignements contenus dans le présent formulaire sont exacts et que les services prévus sont raisonnables et nécessaires pour l'examen ou l'évaluation du demandeur. En outre, je confirme avoir obtenu du demandeur le consentement approprié pour la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements présentés.

Nom du praticien de la santé réglementé ou du travailleur social (en lettres moulées)	Signature du professionnel de la santé réglementé ou du travailleur social	Date (AAAAMMJJ)
---	--	-----------------

Partie 4 Nature de l'évaluation ou de l'examen

Le paiement de toutes les évaluations et de tous les examens doit être approuvé par l'assureur ou, en cas de litige, par un arbitre ou des tribunaux, sauf en ce qui a trait aux évaluations et examens payables sans l'autorisation de l'assureur, conformément à des Lignes directrices pré-autorisées. En outre, une autorisation préalable pour le paiement d'une évaluation ou d'un examen n'est pas requise dans les situations décrites ci-après. Veuillez cocher ✓ la case appropriée du tableau ci-après pour indiquer la situation visée par la présente demande.

*UNE AUTORISATION PRÉALABLE N'EST PAS REQUISE POUR DES ÉVALUATIONS OU DES EXAMENS VISANT À PRÉPARER UN PROGRAMME DE TRAITEMENT DANS LES CIRCONSTANCES SUIVANTES :

- ☐ une évaluation ou un examen lorsqu'il existe un danger immédiat pour la personne assurée ou une personne sous les soins de la personne assurée et que l'autorisation préalable de l'assureur pour l'évaluation ou l'examen dans un tel cas n'est pas réaliste;
- ☐ pas plus de trois évaluations ou examens si :
 - le coût de chaque évaluation ou examen ne dépasse pas 200 \$,
 - pas plus d'une évaluation ou d'un examen n'est effectué par la même personne;
- ☐ une évaluation ou un examen effectué après que l'assureur ait avisé la personne assurée que, avant que la tenue de l'examen, la présentation d'un programme de traitement ou d'une demande en vertu de l'article 38.2 de l'AIAL n'est pas requise.

*UNE AUTORISATION PRÉALABLE EST REQUISE POUR DES ÉVALUATIONS OU DES EXAMENS VISANT À PRÉPARER UN PROGRAMME DE TRAITEMENT POUR :

- ☐ toute évaluation ou tout examen autres que celles et ceux décrits ci-dessus qui visent à préparer des programmes de t traitement.

*UNE AUTORISATION PRÉALABLE PEUT ÊTRE REQUISE POUR DES ÉVALUATIONS OU DES EXAMENS VISANT À PRÉPARER UN CERTIFICAT D'INVALIDITÉ :

- ☐ une autorisation préalable n'est pas requise pour une évaluation ou un examen visant à préparer un certificat d'invalidité si le coût de l'évaluation pour le certificat ne dépasse pas 200 \$;
- ☐ une autorisation préalable est requise pour des évaluations visant à préparer un certificat d'invalidité lorsque leur coût dépasse 200 \$.

*UNE AUTORISATION PRÉALABLE N'EST PAS REQUISE POUR DES ÉVALUATIONS OU DES EXAMENS VISANT À PRÉPARER LE FORMULAIRE 1 :

- ☐ une autorisation préalable n'est pas requise pour une évaluation ou un examen visant à préparer un formulaire 1.

*UNE AUTORISATION PRÉALABLE PEUT ÊTRE REQUISE POUR DES ÉVALUATIONS OU DES EXAMENS VISANT À DÉTERMINER UNE DÉFICIENCE INVALIDANTE :

- ☐ une autorisation préalable n'est pas requise pour une évaluation ou un examen visant à déterminer une déficience invalidante si la personne assurée est hospitalisée ou dans un établissement de soins de longue durée au moment de l'évaluation ou de l'examen;
- ☐ une autorisation préalable est requise pour une évaluation ou un examen visant à déterminer une déficience invalidante si la personne assurée n'est pas hospitalisée ou dans un établissement de soins de longue durée au moment de l'évaluation ou de l'examen.

TOUTE AUTRE ÉVALUATION OU TOUT AUTRE EXAMEN NÉCESSITANT UNE AUTORISATION PRÉALABLE :

- ☐ toute évaluation qui n'a pas été décrite ci-dessus nécessitera une autorisation préalable.

Partie 5 Renseignements cliniques provisoires

a) Renseignements cliniques :

- i. Veuillez fournir une brève description des plaintes actuelles.

- ii. Avez-vous déjà fourni des soins au demandeur?

☐ Non ☐ Oui

b) Renseignements sur l'évaluation :

- i. Veuillez donner les détails de l'évaluation requise et les motifs la justifiant.

- Si vous avez déjà fourni un traitement à ce demandeur, veuillez mentionner les indicateurs cliniques venant appuyer le caractère raisonnable de l'évaluation proposée.
- Pour des évaluations multidisciplinaires, veuillez indiquer les détails et les motifs venant justifier chaque composante de l'évaluation.

- ii. Après avoir fait des recherches raisonnables, savez-vous si une évaluation antérieure de ce genre a déjà été effectuée pour ce demandeur?

☐ Non ☐ Oui

Dans l'affirmative, indiquez si possible la date (AAAAMJJJ)_____

Nota – Afin de faciliter la lecture du présent formulaire, le masculin est utilisé comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.

Nom du demandeur :		FDIO-22 – À RETOURNER PAR TÉLÉCOPIEUR	N° de la police :	
Nom du fournisseur :			N° de la demande :	
Télécopieur du fournisseur :			Date de l'accident :	

Partie 6

Fournisseurs de soins de santé

Référence du fournisseur	'Catégorie du fournisseur	Fournisseur		Réglementé (N° d'inscription de l'Ordre)	Non réglementé (code d'identific. de la FAAS, s'il y a lieu)	Tarif horaire (s'il y a lieu)
		Nom	Prénom			
A						
B						
C						
D						
E						
F						

Partie 7

Produits et services proposés

Ce programme de traitement devrait inclure tous les produits et services (P/S) prévus par l'établissement ou le professionnel de la santé.

Réf. P/S	Description	'Code	'Attribut	Réf. du fournisseur	Estimation		
					Quantité	'Mesure	Coût total
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							

Remarque *: Pour connaître les lignes directrices relatives à la classification, consultez le guide de l'utilisateur à l'adresse www.hcaiinfo.ca.
Les codes d'attribut sont nécessaires pour préciser les codes de services. On les retrouve également dans le guide de l'utilisateur.

Le paiement de ces frais par l'assureur automobile est consécutif aux indemnités accessoires disponibles.

Avez-vous des pièces à joindre? ☐ Oui ☐ Non
Dans l'affirmative, combien? _____
Envoyez les pièces jointes directement à l'assureur.

Total partiel :

*Moins MSSLD :

*Moins autres assureurs 1 + 2 :

TPS (s'il y a lieu) :

TVP (s'il y a lieu) :

Total de l'assureur automobile :

Partie 8

Signature de l'assureur

☐ ***Je renonce à l'obligation de faire signer le Programme de traitement (FDIO-18) par le demandeur.
J'ai examiné le présent formulaire et, en m'appuyant sur les renseignements obtenus :
☐ je l'approuve ☐ je l'approuve en partie ☐ je ne l'approuve pas

L'Annexe sur les indemnités d'accident légales établit que, en vertu des stipulations portant sur les conflits d'intérêts, l'assureur doit, dans les trois jours ouvrables suivant la réception du formulaire rempli concernant les évaluations proposées :

- aviser le professionnel de la santé ou le travailleur social et le demandeur de l'approbation de l'évaluation ou
- aviser le demandeur que l'assureur n'accepte pas de payer une partie ou la totalité des évaluations et qu'un examen est nécessaire.

La réponse de l'assureur est requise dans les délais établis par l'AIAL. Faute d'une telle réponse, on considérera que l'évaluation ou l'examen proposé a été approuvé.

Nom de l'expert (en lettres moulées)	Signature de l'expert	Date (AAAA-MM-JJ)
--------------------------------------	-----------------------	-------------------

Partie 9
Signature du
demandeur***
(facultative)

Si cette section n'est pas remplie, le professionnel de la santé ou le travailleur social désigné à la partie 3 est tenu d'obtenir le consentement du demandeur.

J'ai révisé les renseignements contenus dans le présent formulaire et je confirme qu'ils sont exacts. Je comprends que le paiement de ces services peut être assujéti à l'autorisation de l'assureur. Si mon assureur souhaite examiner ma demande plus avant, il pourrait exiger que je fasse l'objet d'un examen par un professionnel de la santé, un travailleur social ou un spécialiste de la réadaptation désigné par l'assureur pour l'étude de la demande.

Si un examen est demandé, j'autorise mon assureur et le travailleur social chargé de mon dossier ou le professionnel de la santé qui me traite à divulguer au professionnel de la santé, au travailleur social ou au spécialiste de la réadaptation désigné en bonne et due forme par mon assureur pour l'étude de cette demande les seuls renseignements portant sur mon état de santé et les traitements et services de réadaptation reçus en raison de mon accident d'automobile, tel que cela sera raisonnablement nécessaire pour la détermination de mon admissibilité aux indemnités.

Comme le stipule la loi, une copie du rapport d'examen préparé par le professionnel de la santé, le travailleur social ou le spécialiste de la réadaptation désigné par l'assureur pour l'étude de la demande me sera envoyée, de même que la décision de l'assureur.

Sous réserve des dispositions de l'Annexe sur les indemnités d'accident légales et dans les circonstances qui requièrent une autorisation préalable, je reconnais que si j'entreprends un traitement proposé avant son approbation par l'assureur, je peux être tenu de payer moi-même le service rendu en mon nom par le fournisseur.

Ce consentement ne s'applique pas à une consultation entre mon fournisseur de soins de santé et le professionnel de la santé de l'assureur qui effectue un examen (mentionné aux sous-sections 24 (1) 9 et 24.1 (1) 2 de l'Annexe sur les indemnités d'accident légales – accidents survenus le 1er novembre 1996 ou après ce jour). Un consentement spécial distinct doit être fourni par écrit pour cette consultation.

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse sciemment faite à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une infraction à la *Loi sur les assurances*. Je reconnais également que le fait de frauder ou de tenter de frauder un assureur par supercherie, mensonge ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction en vertu du *Code criminel* fédéral.

Nom du demandeur ou du mandataire (en lettres moulées)

Signature du demandeur ou du mandataire

Date (AAAAMMJJ)

Confirmation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées (FDIO-23/198)

Formulaire à utiliser pour les accidents survenus à partir du 1^{er} octobre 2003

****N° de la demande :**

****N° de la police :**

Date de l'accident :

(AAAAMMJJ)

À l'attention du premier praticien de la santé (chargé du dossier) :

Utilisez le présent formulaire pour les accidents survenus à partir du 1^{er} octobre 2003 pour des produits et services fournis conformément aux Lignes directrices pré-autorisées.

Consentement : Il incombe au premier praticien de la santé de s'assurer qu'il est autorisé par un formulaire de consentement à collecter, utiliser et divulguer les renseignements transmis. Le formulaire de demande d'indemnités de l'Ontario n° 5 (FDIO-5), *Autorisation de divulguer des renseignements médicaux*, peut être utilisé comme formulaire de consentement.

À l'attention du demandeur :

Remplissez les parties 1 et 2. Par la suite, une fois que votre professionnel de la santé aura examiné avec vous votre formulaire de confirmation du traitement, veuillez signer la partie 13.

Votre praticien de la santé remplira toutes les autres parties du formulaire.

La partie 5 doit être signée par un praticien de la santé (chiropraticien, dentiste, infirmier praticien, ergothérapeute, optométriste, médecin, physiothérapeute, psychologue, orthophoniste).

La collecte, l'utilisation et la divulgation de ces renseignements sont assujetties aux lois relatives à la protection de la vie privée. Il est possible que des divulgations et des consentements supplémentaires soient requis selon la façon dont les renseignements sont utilisés et divulgués.

Veuillez fournir tous les renseignements demandés.

Tel qu'indiqué sur la formule, toutes les pièces jointes doivent être envoyées directement à l'assureur.

Tous les champs doivent être remplis sous réserve des exceptions suivantes

*renseignement à fournir si on le connaît

**au moins un champ dans cette partie

***facultatif

Partie 1 Renseignements sur le demandeur

À remplir par le demandeur

Date de naissance (AAAAMMJJ)	Sexe ☐ Homme ☐ Femme	*Téléphone - -	Poste
Nom			
Prénom		***Second prénom	
Adresse			
Ville	Province	Code postal	

Partie 2 Renseignements sur l'assureur

À remplir par le demandeur

Nom de l'assureur		Localité de la succursale (s'il y a lieu)	
*Nom de l'expert		*Prénom de l'expert	
*Téléphone de l'expert - -		*Télécopieur de l'expert - -	
**Nom du titulaire de la police identique au ☐ demandeur OU		**Nom du titulaire de la police	
		*Prénom du titulaire de la police	

Partie 3 Autre assurance

À remplir par le premier praticien de la santé à partir des renseignements fournis par le demandeur

AUTRE ASSURANCE : Y a-t-il d'autres assurances couvrant des produits ou des services énumérés dans ce formulaire de Confirmation du traitement? J'ai effectué des vérifications raisonnables concernant le demandeur et ai déterminé que :			
☐ NON Aucune autre assurance identifiée ne couvre ces produits et services.			
☐ OUI Une autre assurance pourrait couvrir au moins une partie de ces produits et services.			
MSSLD	Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) couvre-t-il un ou plusieurs des produits et services indiqués dans ce formulaire de Confirmation du traitement? ☐ Oui ☐ Non ☐ Sans objet		
Autre assureur 1	*Nom de l'autre assureur		*N° de police ou de régime de l'autre assureur
	*Nom du participant au régime		*Code d'identification de l'autre assureur
Autre assureur 2	*Nom de l'autre assureur		*N° de police ou de régime de l'autre assureur
	*Nom du participant au régime		*Code d'identification de l'autre assureur

Partie 4 Définition d'un conflit d'intérêts

Une Confirmation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées place une personne dans une situation de conflit d'intérêts si les deux conditions suivantes sont réunies :	
i)	la personne ou un membre de la famille de la personne peut recevoir, directement ou indirectement, un avantage financier à la suite de la prestation, par ce membre de la famille de la personne ou par une autre personne, de produits ou de services prévus dans la Confirmation du traitement;
ii)	la personne qui peut recevoir l'avantage financier n'est pas employée par la personne qui fournira les produits ou les services et n'a pas conclu de contrat avec la personne qui assurera la fourniture de tels produits ou services ou dont celle-ci relèvera.

Partie 5 Signature du premier praticien de la santé

Nom du premier praticien de la santé (en lettres moulées)		N° d'inscription de l'Ordre	Votre profession : ☐ Chiropraticien ☐ Dentiste ☐ Infirmier praticien ☐ Ergothérapeute ☐ Optométriste ☐ Médecin ☐ Physiothérapeute ☐ Psychologue ☐ Orthophoniste
Nom de l'établissement (s'il y a lieu)		Code d'identification de l'établissement selon la FAAS (s'il y a lieu)	
Adresse			
Ville	Province	Code postal	
Téléphone - -	Poste	*Télécopieur - -	
*Courriel			
☐ Je ne suis pas le premier praticien de la santé chargé du dossier. Déclaration à l'égard du conflit d'intérêts ☐ Je déclare que cette Confirmation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées ne me place devant aucun conflit d'intérêts et qu'après avoir effectué des vérifications raisonnables, j'ai établi qu'il n'y a pas de conflit d'intérêts relativement à cette Confirmation de la part de quiconque ayant recommandé le demandeur à une personne qui fournira les produits et services prévus dans ce formulaire. OU ☐ Je déclare les conflits d'intérêts suivants relativement à cette Confirmation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées :			
J'atteste que les produits et services prévus sont raisonnables et nécessaires pour le traitement des blessures du demandeur indiquées à la partie 6 et la réadaptation de ce dernier, et que le traitement proposé est conforme aux Lignes directrices pré-autorisées. J'ai passé en revue le traitement proposé avec le demandeur. J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse sciemment faite à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une infraction à la <i>Loi sur les assurances</i> . Je reconnais également que le fait de frauder ou de tenter de frauder un assureur par supercherie, mensonge ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction en vertu du <i>Code criminel</i> fédéral. Ces renseignements serviront à traiter les paiements des indemnités réclamées, à déterminer et à analyser la nature, les effets et les coûts des produits et services fournis aux victimes d'accidents d'automobile par les fournisseurs de soins de santé ainsi qu'à empêcher les fraudes et à les détecter.			
Nom du premier praticien de la santé (en lettres moulées)		Signature du premier praticien de la santé	Date (AAAA-MM-JJ)

À l'intention du professionnel de la santé :

Veuillez fournir les renseignements suivants en vous fondant sur votre examen le plus récent du demandeur susmentionné et retourner le formulaire à l'assureur indiqué à la partie 2. **Veuillez écrire lisiblement.**

Partie 6 Blessures et séquelles

Fournissez une description (en commençant par les points les plus importants) des blessures et séquelles qui résultent directement de l'accident d'automobile, avec les codes ICD-10-CA* correspondants.	
Description	† Code
Remarque [†] : Consultez le guide de l'utilisateur (www.hcaiinfo.ca) pour tout renseignement concernant la classification ICD-10-CA.	

Partie 7 Affections antérieures et parallèles

a) Le demandeur occupait-il un emploi au moment de l'accident? ☐ Oui ☐ Non
b) Avant l'accident, le demandeur souffrait-il d'une maladie, d'une affection ou d'une lésion qui pourrait influencer sur sa réaction au traitement administré pour soigner les blessures décrites à la partie 6? ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐ Oui (veuillez préciser)
c) Si oui à la question b, le demandeur a-t-il passé des examens ou reçu des traitements pour cette maladie, cette affection ou cette lésion au cours de l'année écoulée? ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐ Oui (veuillez préciser en identifiant le fournisseur, s'il est connu)

Partie 8 Obstacles au rétablis- sement :

a) Avez-vous identifié des obstacles au rétablissement qui peuvent nuire au succès du traitement particulier appliqué à ce demandeur? (Pour vous aider à repérer les obstacles au rétablissement, veuillez consulter le guide de l'utilisateur à l'adresse www.hcaiinfo.ca .) ☐ Non ☐ Oui (veuillez préciser)

Nom du demandeur :		FDIO23/198 – À RETOURNER PAR TÉLÉCOPIEUR	N° de la police :	
Nom du fournisseur :			N° de la demande :	
Télécopieur du fournisseur :			Date de l'accident :	

Partie 9 Services pré-autorisés en vertu des Lignes directrices pré-autorisées			
Catégorie	Description	Frais maximum	Frais estimés
Lignes directrices pré-autorisées (spécifiez la directive concernée)			
*Produits et services supplémentaires			
*Autres services pré-autorisés (y compris la radiologie)			
Partie 9 – Total partiel			

*Partie 10 Autres fournisseurs de soins de santé

(seulement si les services énumérés à la partie 11 sont dispensés par d'autres fournisseurs)

Référence du fournisseur	†Catégorie de fournisseur	Fournisseur		Réglementé (N° d'inscription de l'Ordre)	Non réglementé (code d'identific. de la FAAS, s'il y a lieu)	Tarif horaire (s'il y a lieu)
		Nom	Prénom			
A						
B						
C						
D						

*Partie 11 Autres produits et services régis par les Lignes directrices pré-autorisées et nécessitant l'approbation de l'assureur

Description	†Code	†Attribut	Référence du fournisseur	Estimation		
				Quantité	†Mesure	Coût

Remarque †: Pour connaître les lignes directrices relatives à la classification, consultez le guide de l'utilisateur à l'adresse www.hcaiinfo.ca.
Les codes d'attribut sont nécessaires pour préciser les codes de services. On les retrouve également dans le guide de l'utilisateur.

Partie 11 – Total partiel :

Total :

Expliquez brièvement la raison pour laquelle les produits et les services de la partie 11 sont proposés et l'objectif du traitement :

Avez-vous des pièces à joindre? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, combien? _____

Envoyez les pièces jointes directement à l'assureur

Partie 12 Signature de l'assureur

☐ ***Je renonce à l'obligation de faire signer le demandeur.		
☐ J'ai examiné le présent formulaire de Confirmation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées et, en m'appuyant sur les renseignements obtenus, je confirme que la police indiquée à la partie 2 était en vigueur au moment de l'accident.		
Si d'autres produits ou services nécessitant l'autorisation de l'assureur ont été proposés à la partie 11,		
☐ je les approuve	☐ je les approuve en partie (raisons jointes ou à suivre)	☐ je ne les approuve pas (raisons jointes ou à suivre)
Nom de l'expert (en lettres moulées)	Signature de l'expert	Date (AAAAMJJJ)
À l'assureur : Veuillez fournir une copie de la présente page au demandeur et au premier professionnel de la santé chargé du dossier indiqué à la partie 5.		

J'ai examiné ce formulaire. J'ai été avisé du traitement proposé et je l'accepte. J'atteste que, à ma connaissance, les renseignements que j'ai fournis sont exacts. Le paiement de ce traitement est pré-autorisé ou/et subordonné à l'approbation de l'assureur. En ce qui concerne les services nécessitant l'approbation de l'assureur, je comprends que si j'entreprends ces services avant leur approbation par l'assureur, je pourrai être responsable envers mon fournisseur de tout produit ou service fourni. Tous les services peuvent être assujettis à des critères ou des exclusions concernant la couverture.

Je consens à la communication de renseignements personnels entre le premier praticien de la santé chargé du dossier et mon assureur. Si ce formulaire FDIO-23/198 n'est pas rempli par le premier praticien de la santé, je consens à ce que l'assureur communique avec ce praticien dans le but de déterminer le montant des produits et services fournis dans le cadre de Lignes directrices pré-autorisées.

À L'INTENTION DE L'ASSUREUR AUQUEL LA PRÉSENTE DEMANDE EST PRÉSENTÉE :

JE RECONNAIS que vous-même et les personnes agissant en votre nom collecterez et utiliserez des renseignements personnels (sur la santé et autres) me concernant qui se rapportent à mes demandes d'indemnités d'accident liées à l'accident décrit dans la présente demande, et que tous ces renseignements seront obtenus directement de moi-même, ou de toute autre personne avec mon consentement.

JE RECONNAIS ÉGALEMENT que ces renseignements seront collectés et utilisés uniquement tel que cela sera raisonnablement nécessaire pour les activités suivantes :

- enquêter sur mes demandes d'indemnités et les traiter conformément à la loi, y compris la *Police d'assurance-automobile de l'Ontario*;
- obtenir ou vérifier les renseignements relatifs à mes demandes d'indemnités afin d'établir mes droits et le montant correct à verser;
- recouvrer des sommes des assureurs et des autres parties responsables en droit pour les montants que vous versez relativement à mes demandes d'indemnités;
- déterminer et analyser la nature et les coûts des produits et services fournis aux victimes d'accidents d'automobile par les fournisseurs de soins de santé;
- empêcher les fraudes et les détecter lorsqu'il existe des motifs raisonnables de soupçonner une telle éventualité;
- compiler des statistiques anonymes pour des institutions gouvernementales;
- évaluer les risques liés à la souscription et les données relatives aux demandes d'indemnités.

JE RECONNAIS ÉGALEMENT que vous-même et les personnes agissant en votre nom pouvez divulguer ces renseignements aux personnes suivantes, qui peuvent à leur tour collecter et utiliser cette information uniquement tel que cela sera raisonnablement nécessaire pour vous permettre de réaliser les activités susmentionnées :

- assureurs, experts d'assurance, agents et courtiers; employeurs; professionnels de la santé; hôpitaux; comptables; conseillers financiers; avocats; organisations qui compilent l'information concernant les demandes d'indemnités et la souscription pour l'industrie des assurances; les mandataires ou représentants que je désignerai pour agir en mon nom, le cas échéant.

JE CONSENS à ce que vous collectiez, utilisiez et divulguiez ces renseignements de la manière indiquée ci-avant, dans la mesure où il ne s'agit que des renseignements raisonnablement nécessaires pour atteindre le but légitime de cette collecte, utilisation ou divulgation.

JE RECONNAIS que je peux en toute liberté consulter le représentant de ma compagnie d'assurance ou mon conseiller juridique avant de signer le présent document si j'ai des questions concernant ce consentement

JE RECONNAIS ÉGALEMENT que vous-même et les personnes agissant en votre nom pourriez être dans l'obligation de divulguer ces renseignements à d'autres parties à mon insu ou sans mon consentement, ou être autorisés par la loi à le faire.

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts.

Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse sciemment faite à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une infraction à la *Loi sur les assurances*. Je reconnais également que le fait de frauder ou de tenter de frauder un assureur par supercherie, mensonge ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction en vertu du *Code criminel* fédéral.

Nom du demandeur ou du mandataire (en lettres moulées)	Signature du demandeur ou du mandataire	Date (AAAAMJJJ)
--	---	-----------------