

Providing Services Across  
Financial Services Sectors[Insurance](#) [Pensions](#) [Hearings & Decisions](#) [Licensing & Registration](#) [Who We Regulate](#) [About FSCO](#) [Publications](#)You are here: [Home](#) > [French](#) > [Publications](#) > [Bulletins](#) > [Property and Casualty - Auto Bulletins](#) > [2010](#)  
> Lignes directrices de septembre 2010 concernant le Système de demandes de règlement pour soins de  
santé liés à l'assurance-automobileText size: [+](#) [-](#)[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

N<sup>o</sup>. A-20/10

I.A.R.D.

– Automobile

### Lignes directrices de septembre 2010 concernant le Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile

#### À l'attention de toutes les compagnies d'assurances titulaires d'un permis d'exercer de l'assurance-automobile en Ontario et de tous les fournisseurs de soins de santé

Dans le présent bulletin, la Commission des services financiers de l'Ontario (CSFO) publie les Lignes directrices de septembre 2010 concernant le Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile – Lignes directrices du surintendant no 07/10 (nouvelles lignes directrices). Les présentes nouvelles lignes directrices remplacent les précédentes Lignes directrices de 2010 concernant le Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile – Lignes directrices du surintendant no 01/10 (lignes directrices) qui ont été publiées en mai 2010 et présentées dans le Bulletin I.A.R.D. – Automobile A-06/10.

Comme indiqué dans le Bulletin I.A.R.D.– Automobile A-06/10, ces nouvelles lignes directrices sont publiées afin de tenir compte de la mise en œuvre de la nouvelle *l'Annexe sur les indemnités d'accident légales – en vigueur dès le 1<sup>er</sup> septembre 2010* (nouvelle AIAL).

#### Nouvelles lignes directrices

Les nouvelles lignes directrices sont publiées en vertu du paragraphe 268.3(1) de la *Loi sur les assurances* aux fins d'énoncer les exigences de livraison de certains documents aux termes des paragraphes 49(1) et 64(7) de la nouvelle AIAL. Les nouvelles lignes directrices autorisent la transmission de certaines formules de demande d'indemnités d'accident entre les fournisseurs de soins de santé et les assureurs par l'intermédiaire d'un bureau central de traitement (BCT). Le BCT est l'agent désigné pour recevoir les formules de demande d'indemnités d'accident au nom des assureurs. Health Claims for Auto Insurance Processing est le BCT aux fins des nouvelles lignes directrices et du paragraphe 64 (7) de la nouvelle AIAL.

Comme indiqué dans les nouvelles lignes directrices, le système est conçu pour permettre aux établissements de soins de santé de participer au Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile (Système DRSSAA) aux fins de transmettre les formules de demande d'indemnités d'assurance-automobile (FDIO) 18, 21 et 23 aux

**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.

compagnies d'assurance-automobile. Les établissements de soins de santé peuvent soumettre les formules FDIO à HCAI de l'une ou l'autre des façons suivantes : par voie électronique (sur Internet ou par le biais d'une interface de système de gestion des pratiques) ou sur papier. Les documents sur papier doivent être remis au centre de saisie des données du Système DRSSAA, où les données seront transcrites et, une fois validées, soumises par voie électronique à l'assureur. À part recevoir les formules, le BCT vérifiera que les formules ont été correctement remplies et en informera les assureurs auxquels les formules sont destinées. Le BCT permet aussi aux assureurs de communiquer l'approbation des demandes et les décisions de paiement aux établissements de soins de santé.

Les nouvelles lignes directrices ont également les objectifs suivants :

- Déclarer que tous les assureurs et les établissements de soins de santé énumérés sur le site Web de la CSFO sont assujettis aux nouvelles lignes directrices;
- Désigner Health Claims for Auto Insurance Processing (HCAI Processing), un organisme à but non lucratif de l'Ontario, pour remplir le rôle du BCT;
- Préciser les formules de demande d'indemnités d'accident qui sont assujetties aux nouvelles lignes directrices et qui doivent être remises au BCT;
- Décrire le mode de transmission des documents au BCT;
- Inclure les règles régissant les annexes et indiquant quand les documents sont réputés reçus par le BCT;
- Inclure des règles décrivant les conditions dans lesquelles les documents sont réputés reçus;
- Inclure des renseignements sur les codes nécessaires pour remplir certaines formules et certains documents;
- Fournir d'autres détails techniques concernant le Système DRSSAA et le BCT.

### Liste des participants au Système DRSSAA

Après le 22 mai 2010, la CSFO ne tiendra plus à jour une liste des participants au Système DRSSAA pour les assureurs, car le système deviendra obligatoire pour tous les assureurs qui sont autorisés à exercer de l'assurance-automobile en Ontario et qui administrent des demandes d'indemnités en vertu de l'AIAL en vertu des politiques d'assurance-automobile publiées en Ontario.

### Liste des fournisseurs participants au Système DRSSAA

Les fournisseurs ou établissements de soins de santé qui souhaitent recevoir et transmettre de l'information par le biais du BCT doivent d'abord s'inscrire auprès de celui-ci et accepter les conditions qu'il impose. Ces conditions concernent la confidentialité, la sécurité, la responsabilité, l'accès et l'intégrité des données. L'annexe 1 des nouvelles lignes directrices explique comment obtenir la liste des fournisseurs participants au Système DRSSAA, qui contient les noms des fournisseurs et établissements de soins de santé assujettis aux nouvelles lignes directrices.

La liste des fournisseurs participants au Système DRSSAA sera maintenue par la CSFO. Elle devrait être mise à jour au moins le premier lundi de chaque mois (ou le prochain jour ouvrable si ce jour est un jour férié). La plus récente liste est consultable sur le site de la CSFO, à : [www.fsco.gov.on.ca/french/insurance/auto/hcai.asp](http://www.fsco.gov.on.ca/french/insurance/auto/hcai.asp).

### Remise des documents sur papier

Le centre de saisie des données du Système DRSSAA a été créé afin de permettre à un fournisseur participant, au sens des nouvelles lignes directrices, de remettre des formules sur papier à n'importe quel assureur. Les formules sur papier peuvent être remises au centre de saisie des données du Système DRSSAA, qui validera les données contenues dans les formules puis les transmettra par voie électronique à l'assureur. Veuillez noter qu'un établissement de

soins de santé doit choisir quel système de transmission il veut utiliser avec le Système DRSSAA, car il ne peut pas s'inscrire aux deux méthodes de remise, électronique et sur papier, simultanément.

Tel que mentionné dans les nouvelles lignes directrices, les annexes aux formules doivent être remises directement à l'assureur, sans passer par le centre de saisie des données du Système DRSSAA. Toute annexe envoyée au centre de saisie des données sera réputée ne pas avoir été reçue par l'assureur et sera détruite sans être retournée à l'expéditeur.

Tout document remis au centre de saisie des données du Système DRSSAA doit être correctement rempli, conformément aux instructions figurant dans les formules FDIO et aux règles de validation jointes aux nouvelles lignes directrices. Le centre de saisie des données du Système DRSSAA avisera les établissements de soins de santé des formules qui sont incomplètes ou incorrectement remplies, dans les deux jours ouvrables qui suivent la réception des formules. Il est recommandé aux établissements de soins de santé de corriger toute erreur que signalerait le centre de saisie des données dans son rapport d'erreur et de représenter la formule le plus rapidement possible.

### **Fermeture prévue du Système DRSSAA**

Veuillez noter que le Système DRSSAA a amélioré pour accepter les nouvelles formules en vertu de l'AIAL et les nouvelles formules FDIO. À compter du 1<sup>er</sup> septembre 2010, le nouveau système acceptera la nouvelle formule Plan de traitement et d'évaluation (FDIO-18), la Facture d'assurance-automobile standard (FDIO-21) et la formule Confirmation du traitement (FDIO-23). Il traitera ces formules selon les exigences de la nouvelle AIAL.

Les assureurs et les fournisseurs de services doivent s'assurer de remplir correctement leurs formules et de les soumettre avant le 31 août 2010, à 17 h au plus tard (HSE), pour que les formules soient traitées par HCAI avant le 1<sup>er</sup> septembre 2010. Ainsi, HCAI pourra traiter les documents avant la fin de la journée, car les serveurs seront éteints et deviendront inutilisables à exactement 17 h (HSE), le 31 août 2010.

HCAI et son centre de saisie des données n'accepteront aucune formule après 17h (HSE), le 31 août 2010. Toute formule qui n'est pas traitée avant 17 h (HSE) le 31 août 2010 sera réputée n'avoir pas été reçue par HCAI avant le 1<sup>er</sup> septembre 2010, et elle sera alors assujettie à la nouvelle AIAL.

Le nouveau Système DRSSAA sera opérationnel à partir de 8 h (HSE), le 1<sup>er</sup> septembre 2010. Ce n'est qu'à ce moment-là que HCAI et son centre de saisie des données commenceront à accepter les nouvelles formules FDIO.

### **Participation au Système DRSSAA**

Les assureurs et les établissements de soins de santé doivent suivre la procédure de participation au Système avant de pouvoir l'utiliser. Les formules remises avant la finalisation de la participation ne seront pas traitées.

Veuillez noter qu'il faut s'inscrire séparément pour chaque mode de transmission (électronique ou sur papier). Les établissements doivent aviser le Système DRSSAA s'ils souhaitent changer de mode de transmission et suivre le processus de participation adéquat.

### **Date d'entrée en vigueur**

Les nouvelles lignes directrices s'appliquent à tous les assureurs qui émettent des polices d'assurance-automobile en Ontario ainsi qu'aux fournisseurs et établissements de soins de santé participants en ce qui concerne les documents mentionnés dans les nouvelles lignes

directrices qui sont transmis le 1 septembre 2010 ou après cette date, quelle que soit la date de l'accident auxquels ils se rapportent.

### Publication

Les nouvelles lignes directrices seront publiées dans le prochain numéro de la *Gazette de l'Ontario*.

### Autres renseignements sur le Système DRSSAA

Des renseignements additionnels sur le Système DRSSAA (p. ex., participation, codes, instructions techniques et matériel éducatif) peuvent être obtenus en ligne, à : [www.hcaiinfo.ca](http://www.hcaiinfo.ca).

Si vous ne trouvez pas la réponse à votre question sur le site, veuillez communiquer avec HCAI Processing par téléphone ou courriel :

- Téléphone : 416 644-3110
- Courriel pour info aux établissements et fournisseurs de soins de santé : [Providersupport@hcaiinfo.ca](mailto:Providersupport@hcaiinfo.ca)
- Courriel pour info aux assureurs : [Insurersupport@hcaiinfo.ca](mailto:Insurersupport@hcaiinfo.ca)

Philip Howell  
Directeur général et  
Surintendant, Services financiers  
Le 18 août 2010

### Pièce jointe:

- [Lignes directrices de septembre 2010 concernant le Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile – Lignes directrices du surintendant no 07/10 \(PDF\)](#)



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](#).

Page: 6903 Trouver la page:

ALLER



Version à imprimer



Marquer la page d'un signet



Avis importants

| Confidentialité

| Accessibilité

| Accueil

| Ministère des Finances

| Plan du site

| Commentaires

| Contactez

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 1990-2008

Dernière mise à jour : 8/20/2010 12:03:21 PM

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





Financial Services  
Commission  
of Ontario

Commission des  
services financiers  
de l'Ontario

**Lignes directrices de septembre 2010 concernant le  
Système de demandes de règlement  
pour soins de santé liés à l'assurance-automobile**

Septembre 2010

Lignes directrices du surintendant n° 07/10

## Lignes directrices de septembre 2010 concernant le Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile

### Introduction

Les présentes lignes directrices remplacent les Lignes directrices de 2010 concernant le Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile – Lignes directrices du surintendant n° 01/10 (Lignes directrices) publiées en mai 2010. Elles s'appliquent en vertu du paragraphe 268.3 (1) de la *Loi sur les assurances* et aux fins des paragraphes 49 (1) et 67 (7) de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales – en vigueur dès le 1<sup>er</sup> septembre 2010* (AIAL).

Comme indiqué dans les Lignes directrices, les présentes lignes directrices sont publiées pour tenir compte de l'AIAL qui entre en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2010.

Les présentes lignes directrices s'appliquent aux documents qui y sont énumérés et qui sont signifiés le **1<sup>er</sup> septembre 2010, ou après ce jour**, quelle que soit la date de l'accident auquel ils se rapportent.

Un document visé par les présentes lignes directrices qui, auparavant, aurait été envoyé directement à un assureur assujetti aux lignes directrices, devra désormais être envoyé à un bureau central de traitement (BCT) établi par les assureurs pour recevoir ces documents en leur nom.

Les présentes lignes directrices (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 l'être;
- la manière dont ces documents peuvent être remis au BCT;
- la manière dont les assureurs doivent fournir des renseignements au BCT.

### Assureurs et fournisseurs assujettis aux Lignes directrices pilotes

Les présentes lignes directrices s'appliquent uniquement aux transactions entre un fournisseur participant et un assureur participant, tels que définis ci-dessous, en ce qui concerne une demande d'indemnités en vertu de l'AIAL au titre d'une police de responsabilité automobile émise en Ontario.

### Fournisseurs participants

La Commission des services financiers de l'Ontario continuera à conserver et tenir à jour périodiquement une liste des établissements/fournisseurs de soins de santé (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 fournisseurs participants au Système DRSSAA en vigueur à un moment donné.

Aux fins des lignes directrices, chaque bureau local désigné d'un établissement identifié et chaque fournisseur exerçant ses activités dans un bureau local désigné d'un établissement identifié sont des fournisseurs participants.

### Assureurs participants

Les présentes lignes directrices s'appliquent à tous les assureurs autorisés en Ontario à traiter des demandes d'indemnités en vertu de l'AIAL au titre d'une police de responsabilité automobile émise en Ontario. Chaque assureur est un assureur participant aux fins des lignes directrices.

Les lignes directrices ne s'appliquent pas aux personnes ou entités suivantes :

- Un réassureur, pour des demandes d'indemnités découlant d'un contrat de réassurance;
- Un assureur au sujet duquel une ordonnance de liquidation a été rendue en vertu de la *Loi sur les liquidations et les restructurations* (Canada);
- Le Fonds d'indemnisation des victimes d'accidents de véhicules automobiles.

### Désignation du bureau central de traitement – AIAL, par. 64 (7)

**Health Claims for Auto Insurance Processing** est le bureau central de traitement aux fins des présentes lignes directrices et du par. 64 (7) de l'AIAL. Il s'agit d'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 BCT joue principalement le rôle 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 de règlement et les décisions de paiement aux fournisseurs de biens et services de nature médicale 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 biens et services qu'elles sont tenues de fournir en vertu des contrats d'assurance-automobile.

### Factures pour les biens et services visés par les présentes lignes directrices – AIAL, art. 49

Toute facture se rapportant aux biens ou services désignés à l'annexe 2 des Lignes directrices aux fins de l'art. 49 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 66 de l'AIAL.

Cette exigence s'applique uniquement si :

- tous les biens 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;
- le paiement de la facture présentée à un assureur participant porte sur une transaction avec un fournisseur participant.

Lorsque cette exigence s'applique, le paragraphe 49 (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 les présentes lignes directrices.

Les fournisseurs participants doivent présenter aux assureurs participants des factures séparées pour les biens et services désignés à l'annexe 2 et pour ceux qui ne le sont pas. Ils doivent également leur présenter des factures séparées pour les biens et services dispensés en Ontario et pour ceux qui ne le sont pas.

### **Documents qui doivent être remis au BCT**

Les documents suivants sont désignés aux fins du paragraphe 67 (7) 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 | Plan de traitement et d'évaluation – AIAL, art. 38                                                                                                                              |
| FDIO-21 | Facture d'assurance-automobile standard – AIAL, art. 44.1 – mais seulement si les lignes directrices exigent l'utilisation de cette formule pour les biens et services facturés |
| FDIO-23 | Confirmation du traitement– AIAL, art. 40                                                                                                                                       |

À noter que, sous réserve d'une exception (voir \*ci-après), un document dont la présentation directe au BCT n'est pas exigée par les Lignes directrices doit être remis directement à l'assureur d'une manière précisée au paragraphe 64 (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 remise au BCT conformément aux Lignes directrices ou directement à l'assureur, au choix du fournisseur participant.

Le paragraphe 64 (7) de l'AIAL précise qu'un document visé par les Lignes directrices est réputé ne pas avoir été remis à l'assureur à moins d'être remis au BCT comme l'exigent les 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 les présentes lignes directrices doit être remis à celui-ci de l'une ou l'autre des façons suivantes :

- 1) par voie électronique
- 2) sur papier

### 1) Remise par voie électronique

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

Les fournisseurs participants sont autorisés à remettre des documents au BCT par voie électronique comme décrit ci-dessus 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 l'un ou l'autre des modes de transmission (électronique ou sur papier), mais pas les deux dans le même temps.

Tel que mentionné dans la section ci-après 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 ne pas avoir été reçu par l'assureur et ne sera pas traité.

### 2) Remise des documents sur papier

Le BCT a mis sur pied un centre de saisie des données, qui est en mesure de recevoir les documents sur papier envoyés par un fournisseur participant conformément aux présentes lignes directrices. Ces documents seront transcrits, validés et soumis par voie électronique du centre de saisie des données à l'assureur.

Les documents peuvent être remis au BCT sur papier, par la poste, par télécopie ou en personne conformément aux alinéas 64 (2) a), b), c) ou d) de l'AIAL, s'ils sont adressés au centre de saisie des données du BCT, aux coordonnées suivantes :

**HCAI Processing – centre de saisie des données**  
**Case postale 254**  
**Orangeville (Ontario) L9W 3Z5**  
**Télécopieur : (866) 346-6744**

Les fournisseurs participants sont autorisés à remettre des documents au BCT sur papier comme décrit ci-dessus après s'être inscrits (voir « **Inscription des utilisateurs et des fournisseurs** »).

Un fournisseur participant peut choisir de s'inscrire pour l'un ou l'autre des modes de transmission (électronique ou sur papier), mais pas les deux dans le même temps.

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

## Pièces jointes aux documents assujettis aux présentes lignes directrices

Aux fins des 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 sous forme électronique) ou au centre de saisie des données du BCT (s'il est sur papier) tel que décrit précédemment.
3. Les pièces jointes ne doivent pas être remises au BCT (ou au centre de saisie des données du BCT) mais directement à l'assureur de l'une des deux manières précisées au paragraphe 64 (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 ne pas avoir été 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, la date de l'accident, ainsi que le type de document (à savoir, FDIO-18, FDIO-21 ou FDIO-23) 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 64 de l'AIAL énonce les règles qui déterminent quand un document remis au BCT, conformément aux présentes 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 avoir été reçu par l'assureur auquel il est adressé si le document a été remis au BCT de la manière précisée dans les présentes lignes directrices, et que le BCT a établi que le document est dûment rempli et qu'il contient tous les renseignements dont l'AIAL exige l'inclusion.
2. **Document avec pièces jointes** – est réputé avoir été reçu par l'assureur auquel il est adressé quand :
  - a) le document (à l'exclusion des pièces jointes) a été remis au BCT d'une manière précisée dans les présentes lignes directrices, et que le BCT a établi que le document est dûment rempli et qu'il contient tous les renseignements dont l'AIAL exige l'inclusion;

b) l'assureur a reçu toutes les pièces jointes.

L'AIAL précise (par. 64 (20)) qu'un document remis au BCT par télécopie, en personne ou par voie électronique après 17 heures, heure normale de l'Est, est réputé avoir été remis le jour ouvrable suivant.

L'AIAL énonce également (par. 64 (10)) que le BCT sera réputé avoir établi, le jour où un document lui a été remis d'une manière précisée dans les présentes 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 lignes directrices, que tel n'est pas le cas.

Aux fins du paragraphe 64 (10), le BCT doit aviser l'expéditeur d'une manière précisée au paragraphe 64 (2) de l'AIAL. Il peut également transmettre l'avis verbalement (p. ex., par un appel téléphonique ou un message téléphonique) pourvu qu'une confirmation écrite soit donnée dans les plus brefs délais possibles d'une manière précisée au paragraphe 64 (2) de l'AIAL.

Tel que mentionné précédemment, l'AIAL précise également (par. 64 (7)) qu'un document visé par les présentes lignes directrices est réputé avoir été reçu par un assureur uniquement s'il est remis d'une manière précisée dans celles-ci. Un document remis au BCT (directement ou par le biais de son centre de saisie des données) par un fournisseur participant non inscrit n'est pas remis d'une manière précisée dans les lignes directrices et, par conséquent, est réputé ne pas avoir été remis à un assureur.

## **Production des documents**

Un document auquel les 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 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 sur papier, tous 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<sup>e</sup> révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Amélioration canadienne (CIM-10-CA), qui est tenue à jour par l'Institut canadien d'information sur la santé et disponible à [www.cihi.ca](http://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](http://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](http://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](http://www.hcaiinfo.ca).
- Pour décrire les types de fournisseurs, la liste des codes des types de fournisseurs est disponible à [www.hcaiinfo.ca](http://www.hcaiinfo.ca).
- Pour décrire les catégories de paiement préautorisées, la liste des codes de remboursement préautorisés est disponible à [www.hcaiinfo.ca](http://www.hcaiinfo.ca).
- Pour décrire les catégories de paiement en vertu des lignes directrices sur les blessures mineures, la liste des codes de remboursement des blessures mineures à [www.hcaiinfo.ca](http://www.hcaiinfo.ca).
- Pour décrire les biens et services facturés aux compagnies d'assurance-automobile par les fournisseurs non couverts par la CCI, la liste intitulée Goods, Administration, and Other Codes (biens, services administratifs et autres codes) est disponible à [www.hcaiinfo.ca](http://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 sont disponibles à [www.hcaiinfo.ca](http://www.hcaiinfo.ca).

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

### **Exigences s'appliquant aux assureurs**

Lorsque l'AIAL exige qu'un assureur participant fournisse des renseignements au BTC, ceux-ci doivent être remis au BTC par voie électronique de manière qu'il puisse les récupérer et les consulter.

Les renseignements concernant le traitement d'une facture mentionnés au paragraphe 49 (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 64 (13) 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 64 (14) 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, qui sont 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. Comme indiqué ci-dessus, les fournisseurs et établissements peuvent choisir de s'inscrire pour un mode de remise sur papier ou par voie électronique, mais pas les deux dans le 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 présentes 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 des Lignes directrices sur son site Web ([www.fSCO.gov.on.ca](http://www.fSCO.gov.on.ca)).

Pendant une période de suspension, les exigences des Lignes directrices ne s'appliqueront pas et les documents devront être remis directement aux assureurs de l'une des deux manières de livraison précisées au paragraphe 64 (2) de l'AIAL.

## **Annexe 1**

### **Liste des fournisseurs participants au Système DRSSAA**

On peut obtenir des exemplaires de la liste des fournisseurs participants au Système DRSSAA qui est en vigueur périodiquement à l'adresse [www.fSCO.gov.on.ca/french/insurance/auto/hcai.asp](http://www.fSCO.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 biens et services assujettis aux Lignes directrices – AIAL, art. 49

| Article ou alinéa du l'AIAL          | Type de service ou de biens                                                                                                                                                        | Précisés aux fins de l'article 49                                                       | Non précisés aux fins de l'article 49                                                                                 |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Indemnité pour frais médicaux</b> |                                                                                                                                                                                    |                                                                                         |                                                                                                                       |
| 15 (1) 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 et dentaires, les services d'optométrie et d'ambulance, ainsi que les services hospitaliers |
| 15 (1) b)                            | Les services de chiropratique, de psychologie, d'ergothérapie et de physiothérapie                                                                                                 | ✓                                                                                       |                                                                                                                       |
| 15 (1) c)                            | Les médicaments                                                                                                                                                                    |                                                                                         | ✓                                                                                                                     |
| 15 (1) d)                            | Les verres correcteurs                                                                                                                                                             |                                                                                         | ✓                                                                                                                     |
| 15 (1) e)                            | Les dentiers et autres appareils dentaires                                                                                                                                         |                                                                                         | ✓                                                                                                                     |
| 15 (1) 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                                                                                   |
| 15 (1) 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                                             |                                                                                         | ✓                                                                                                                     |
| 15 (1) h)                            | Les autres biens et services de nature médicale                                                                                                                                    | ✓                                                                                       |                                                                                                                       |
| <b>Indemnité de réadaptation</b>     |                                                                                                                                                                                    |                                                                                         |                                                                                                                       |
| 16 (3) a)                            | L'initiation à la vie quotidienne                                                                                                                                                  | ✓                                                                                       |                                                                                                                       |
| 16 (3) b)                            | La consultation en matière familiale                                                                                                                                               | ✓                                                                                       |                                                                                                                       |
| 16 (3) c)                            | La consultation en matière de réadaptation sociale                                                                                                                                 | ✓                                                                                       |                                                                                                                       |
| 16 (3) d)                            | La consultation en matière financière                                                                                                                                              |                                                                                         | ✓                                                                                                                     |
| 16 (3) e)                            | La consultation en matière d'emploi                                                                                                                                                |                                                                                         | ✓                                                                                                                     |

| Article ou alinéa du l'AIAL                | Type de service ou de biens                                                                                                                                                                                                                               | Précisés aux fins de l'article 49                                                               | Non précisés aux fins de l'article 49                                                    |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16 (3) f)                                  | L'évaluation des aptitudes professionnelles                                                                                                                                                                                                               | ✓                                                                                               |                                                                                          |
| 16 (3) g)                                  | La formation générale ou professionnelle                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                 | ✓                                                                                        |
| 16 (3) h)                                  | La modification du lieu de travail et les appareils, notamment de communication                                                                                                                                                                           |                                                                                                 | ✓                                                                                        |
| 16 (3) 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                                                                                        |                                                                                                 | ✓                                                                                        |
| 16 (3) j)                                  | La modification d'un véhicule, ou l'achat d'un nouveau véhicule plutôt que la modification d'un véhicule actuel                                                                                                                                           |                                                                                                 | ✓                                                                                        |
| 16 (3) 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                                                                                                    |                                                                                                 | ✓                                                                                        |
| 16 (3) l)                                  | Les autres biens et services dont la personne assurée a besoin, à l'exception des services fournis par un gestionnaire de cas, travaux ménagers et soignants, et les autres biens et services pour lesquels une indemnité est fournie en vertu de l'AIAL. |                                                                                                 | ✓                                                                                        |
| 17                                         | Les services de gestionnaire de cas                                                                                                                                                                                                                       | ✓                                                                                               |                                                                                          |
| 19                                         | Les services de soins auxiliaires                                                                                                                                                                                                                         | Dispensés par les fournisseurs de soins de santé et autres fournisseurs de soins professionnels | Dispensés par la famille, les voisins et autres fournisseurs de soins non professionnels |
| <b>Examens, rapports/certificats, etc.</b> |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                 |                                                                                          |
| 25                                         | Certificat d'invalidité (FDIO-3)                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                 | ✓                                                                                        |
| 25                                         | Programme de traitement (FDIO-18)                                                                                                                                                                                                                         | ✓                                                                                               |                                                                                          |
| 25                                         | Demande d'évaluation d'une déficience invalidante (FDIO-19)                                                                                                                                                                                               | ✓                                                                                               |                                                                                          |
| 25                                         | Évaluation des besoins en soins auxiliaires (Formule 1)                                                                                                                                                                                                   | ✓                                                                                               |                                                                                          |
| 44                                         | Examens exigés par l'assureur                                                                                                                                                                                                                             | ✓                                                                                               |                                                                                          |

## Annexe 3

### Règles de validation

| Numéro                                                                      | Champ                                 | Description                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | N° de validation |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <b>Documents communs - Règles de présentation</b>                           |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
| 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>égale ou antérieure à la date de la soumission,</li> <li>égale ou antérieure à la date du jour.</li> </ul>                                                                                                                                                        | PM-CSR7          |
| 3                                                                           | Date de naissance                     | La date de naissance d'un demandeur doit être égale ou antérieure aux dates figurant dans le document, notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>à la date de la soumission,</li> <li>à la date de l'accident,</li> <li>à la date du jour.</li> </ul>                                                                           | PM-CSR4          |
| 4                                                                           | Date de naissance                     | Le demandeur ne peut avoir plus de 120 ans.                                                                                                                                                                                                                                                                                              | PM-CSR6          |
| 5                                                                           | Nom du fournisseur des soins de santé | Tous les fournisseurs de soins de santé énumérés dans un document doivent être inscrits et validés dans le Système DRSSAA, à l'exception du praticien de la santé mentionné à la partie 4 du FDIO-18. Ces fournisseurs doivent être associés à un seul établissement de soins de santé qui est inscrit et validé dans le Système DRSSAA. | PM-CSR28         |
| 6                                                                           | Code de blessure                      | Les documents doivent comporter au moins un code de blessure. La description de la blessure ou du problème dans le champ « Description » doit être une description standard approuvée qui correspond à l'un des codes ICD-10-CA publiés par CIHI.                                                                                        | PM-CSR14         |
| 7                                                                           | Quantité                              | La quantité estimée des postes figurant dans les lignes des biens et services doit être supérieure à 0.                                                                                                                                                                                                                                  | PM-CSR9          |
| 8                                                                           | Total partiel                         | Les totaux partiels dans le document doivent être : <ul style="list-style-type: none"> <li>supérieurs ou égaux à 0;</li> <li>égaux à la somme de tous les postes auxquels le total partiel s'applique.</li> </ul>                                                                                                                        | PM-CSR10         |
| 9                                                                           | Taxe                                  | Le montant total de la taxe doit être <ul style="list-style-type: none"> <li>supérieur ou égal à zéro,</li> <li>ou égal à la somme de tous les postes.</li> </ul>                                                                                                                                                                        | CSR25            |
| 10                                                                          | Date de la signature du demandeur     | La date de la signature du demandeur sur les plans de traitement doit être <ul style="list-style-type: none"> <li>égale ou antérieure à la date du jour,</li> <li>ou égale ou postérieure à la date de l'accident.</li> </ul>                                                                                                            | PM-CSR31         |
| <b>Validation de l'unité de mesure pour les produits et services rendus</b> |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
| 11                                                                          | Quantité                              | Si la mesure est GD, PR, PG ou SN, la quantité doit être un nombre entier et supérieure à zéro.                                                                                                                                                                                                                                          | BR-GPI R12       |

| Numéro                                                  | Champ                                             | Description                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | N° de validation |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 12                                                      | Mesure                                            | Si le code de section est S, la mesure doit être SN ou HR.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | BR-GPI R06       |
| 13                                                      | Mesure                                            | Si le code d'intervention est G, la mesure doit être GD. Si le code n'est pas G, la mesure ne doit pas être GD.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | BR-GPI R06       |
| 14                                                      | Mesure                                            | Si le code d'intervention est TT, la mesure doit être HR.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | BR-GPI R07       |
| 15                                                      | Mesure                                            | Si le code d'intervention est KM, la mesure doit être KM.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | BR-GPI R08       |
| 16                                                      | Mesure                                            | Si le code d'intervention est KM ou HR, les décimales sont autorisées dans la quantité.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | BR-GPI R13       |
| 17                                                      | Mesure                                            | Pour tous les codes CCI, l'unité de mesure doit être HR ou PR.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | BR-GPI R04       |
| <b>Facture commune (FDIO 21) Règles de présentation</b> |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |
| 18                                                      | Autre type de services                            | Si des montants figurent dans la rangée « Autre type de services » dans la rubrique « Autres montants d'assurance », une description de l'autre type de services doit être fournie.                                                                                                                                                                                                                                                            | IMBR-CS5         |
| 19                                                      | Nom du bénéficiaire (chèque libellé à l'ordre de) | Si l'établissement de soins de santé choisit l'option « verrouiller le bénéficiaire » en s'inscrivant au Système DRSSAA, le champ « chèque libellé à l'ordre de » sur toutes les factures est celui du bénéficiaire désigné par l'établissement de soins de santé dans leur configuration. Autrement, les nom et prénom du bénéficiaire doivent être indiqués dans le champ « chèque libellé à l'ordre de » au moment de présenter la facture. | IMBR-CS6         |
| 20                                                      | Date du service                                   | La date de prestation d'un bien ou service doit être, <ul style="list-style-type: none"> <li>égale ou postérieure à la date de l'accident,</li> <li>antérieure ou égale à la date de la présentation.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                               | IMBR-CS7         |
| 21                                                      | Quantité                                          | La quantité de biens ou de services offerts doit être supérieure à zéro.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | IMBR-CS9         |
| 22                                                      | Nom du fournisseur                                | Chaque bien 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 bien 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 bien ou du service.                                                                                               | IMBR-CS14        |
| 23                                                      | Total de l'assureur                               | Le montant total de l'assureur automobile sur la facture doit être <ul style="list-style-type: none"> <li>égal à la somme de la taxe, du montant du MSSLD et des autres assureurs 1 et 2 ainsi que les totaux partiels proposés et l'intérêt).</li> </ul>                                                                                                                                                                                      | IMBR-CR1         |

| Numéro                                | Champ               | Description                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | N° de validation |
|---------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 24                                    | 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 biens et services offerts au titre de plusieurs régimes.                                                                                                                                    | IMBR-CS22        |
| 25                                    | Intérêt             | L'intérêt sur la facture doit être calculé à la main et entré dans le système DRSSAA. L'intérêt ne sera pas calculé à partir du montant exigible sur la facture.                                                                                                                                                     | IMBR-CS39        |
| 26                                    | Rubrique            | Il doit y avoir au moins une rubrique pour les biens et services fournis. Une rubrique peut être une séance de traitement. La description de l'intervention dans le champ « Description » doit être une description standard approuvée, correspondant aux codes CCI ou GAP publiés par CIHI ou HCAI, respectivement. | IMBR-CS16        |
| <b>FDIO-18 Règles de présentation</b> |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |
| 27                                    | Profession          | La profession du praticien de la santé doit être une des professions de la santé énumérées dans l'AIAL.                                                                                                                                                                                                              | PM-18R9          |
| 28                                    | Date de signature   | La date de la signature du praticien de la santé réglementé doit être, <ul style="list-style-type: none"> <li>égale ou postérieure à la date de l'accident,</li> <li>égale ou antérieure à la date de la présentation.</li> </ul>                                                                                    | PM-18R7          |
| 29                                    | Profession          | La profession du praticien de la santé réglementé doit être une des professions de la santé réglementées énumérées dans le Règlement.                                                                                                                                                                                | PM-18R10         |
| 30                                    | Date de signature   | La date de la signature du praticien de la santé réglementé doit être, <ul style="list-style-type: none"> <li>égale ou postérieure à la date de l'accident,</li> <li>égale ou antérieure à la date de la présentation.</li> </ul>                                                                                    |                  |
| 31                                    | Rubrique            | Il doit y avoir au moins une rubrique pour les biens et services fournis. Une rubrique peut être une séance de traitement. La description de l'intervention dans le champ « Description » doit être une description standard approuvée, correspondant aux codes CCI ou GAP publiés par CIHI ou HCAI, respectivement. | PM-18R5          |
| 32                                    | Quantité            | La quantité estimative de biens ou de services d'une rubrique doit être supérieure à zéro.                                                                                                                                                                                                                           | PM-18R2          |
| 33                                    | Coût total          | Le coût total projeté de chaque rubrique de biens et services doit être, <ul style="list-style-type: none"> <li>supérieur ou égal à zéro,</li> <li>égal au coût estimatif par jour multiplié par la quantité projetée.</li> </ul>                                                                                    | PM-18R1          |
| 34                                    | Durée du traitement | La durée estimative du plan de traitement (en semaines) doit être supérieure à zéro.                                                                                                                                                                                                                                 | PM-18R3          |

| Numéro                                                                                          | Champ                                                   | Description                                                                                                                                                                                                                                                                                      | N° de validation |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 35                                                                                              | Nombre de visites de traitement                         | Le nombre de visites de traitement antérieurement indiqué doit être vide ou supérieur ou égal à zéro.                                                                                                                                                                                            | PM-18R4          |
| 36                                                                                              | Total de l'assureur automobile                          | Le montant total de l'assureur automobile sur les plans de traitement doit être <ul style="list-style-type: none"> <li>• égal à la somme du total partiel, de la taxe, du montant du MSSLD et des autres assureurs 1 et 2.</li> </ul>                                                            | PM-18R11         |
| <b>FDIO-23 Règles de présentation</b>                                                           |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |
| 37                                                                                              | Profession                                              | La profession du praticien de la santé à la partie 4 doit être une des professions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• chiropraticien</li> <li>• dentiste</li> <li>• infirmière praticienne</li> <li>• ergothérapeute</li> <li>• médecin</li> <li>• physiothérapeute</li> </ul> | PM-23R17         |
| 38                                                                                              | Date de signature                                       | La date de la signature du praticien de la santé réglementé doit être, <ul style="list-style-type: none"> <li>• égale ou postérieure à la date de l'accident,</li> <li>• égale ou antérieure à la date de la présentation.</li> </ul>                                                            | PM-23R10         |
| 39                                                                                              | Ligne directrice                                        | Si la date de l'accident est le 31 août 2010, ou avant cette date, la ligne directrice mentionnée à la Partie 9 doit être « PAF WAD I/II ». Autrement, elle doit être « blessure mineure ».                                                                                                      | PM-23R25         |
| 40                                                                                              | Partie 11                                               | Si la ligne directrice est « blessure mineure », il ne doit pas y avoir de rubrique à la Partie 11.                                                                                                                                                                                              | PM-23R26         |
| 41                                                                                              | 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.                                                                                                                                                                              | PM-23R17         |
| 42                                                                                              | Ligne directrice - Frais estimatifs                     | Les frais estimatifs dans les lignes directrices doivent être supérieurs ou égaux à zéro.                                                                                                                                                                                                        | PM-23R27         |
| 43                                                                                              | Frais estimatifs pour biens et services supplémentaires | Les frais estimatifs pour biens et services supplémentaires doivent être supérieurs ou égaux à zéro.                                                                                                                                                                                             | PM-23R28         |
| 44                                                                                              | Total                                                   | Le montant total de l'assureur automobile doit être <ul style="list-style-type: none"> <li>• égal à la somme du total partiel préautorisé.</li> </ul>                                                                                                                                            | PM-23R17         |
| <b>FDIO-21A Règles de présentation – applicables uniquement au centre de saisie des données</b> |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |
| 45                                                                                              | 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 et d'évaluation (FDIO-18). Dans ce cas, on doit soumettre un formulaire FDIO-21B.                                                                                   | BR-DEC-00        |
| <b>FDIO-21B Règles de présentation</b>                                                          |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |
| 46                                                                                              |                                                         | Voir les règles de présentation pour les factures communes.                                                                                                                                                                                                                                      |                  |

| Numéro                                 | Champ                                                    | Description                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | N° de validation |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <b>FDIO-21C Règles de présentation</b> |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |
| 47                                     | Version                                                  | On doit utiliser la version C de la facture FDIO-21 pour facturer les biens et services conformes aux Lignes directrices publiées par le surintendant des assurances de l'Ontario.                                                                                                                                                                                                               | IMBR-CS1         |
| 48                                     | Types de Lignes directrices/Cadre de travail préautorisé | Le type de lignes directrices/Cadre de travail préautorisé pour une facture doit être le même que celui qui figure dans le régime original. Les valeurs autorisées dans le champ Type à la Partie 3 sont : <ul style="list-style-type: none"> <li>• blessure mineure,</li> <li>• blessure WAS I/II.</li> </ul>                                                                                   | IMBR-CS28        |
| 49                                     | Frais                                                    | La section des frais remboursables dans les limites des lignes directrices sur les blessures mineures ou du cadre de travail préautorisé sur un formulaire FDIO-21C peut contenir des rubriques zéro. S'il contient une rubrique ou plus, le coût proposé de chaque rubrique doit être supérieur ou égal à zéro. Le total partiel proposé pour cette section doit être supérieur ou égal à zéro. | IMBR-CS44        |
| 50                                     | Frais                                                    | Les totaux des Lignes directrices/Cadre de travail préautorisé doivent être égaux à la somme de tous les frais remboursables.                                                                                                                                                                                                                                                                    | IMBR-CS30        |
| 51                                     | Autres biens et services remboursables                   | Il ne doit y avoir aucune rubrique dans la section Autres biens et services remboursables si les Lignes directrices/Cadre de travail préautorisé sont les Lignes directrices pour blessures mineures.                                                                                                                                                                                            | IMBR-CS45        |
| <b>Registre de l'établissement</b>     |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |
| 52                                     | Registre de l'établissement                              | Les établissements qui facturent des assureurs automobiles doivent être inscrits au Système DRSSAA par le biais de l'auto-inscription en ligne ou en soumettant les documents de participation sur papier au centre de traitement. Les établissements inscrivent les fournisseurs de soins de santé individuels.                                                                                 | BR-DS-A01        |
| 53                                     | Registre de l'établissement                              | Les établissements doivent être activés par l'équipe de soutien de l'adoption du fournisseur pour figurer dans le Système DRSSAA aux fins du traitement des formulaires. L'équipe active l'établissement après avoir reçu le formulaire de participation dûment signé.                                                                                                                           | BR-DS-A02        |

| Numéro | Champ                                  | Description                                                                                                                                                                                                                                                   | N° de validation |
|--------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 54     | Numéro de participation du fournisseur | Les fournisseurs de soins de santé réglementés doivent fournir leur numéro de participation à l'Ordre.                                                                                                                                                        | BR-DS-A03        |
| 55     | Registre de l'établissement            | Jusqu'à ce que l'équipe de soutien de l'adoption du fournisseur active l'établissement, le fondé de pouvoir de l'établissement ne peut qu'entrer dans le Système DRSSAA afin de modifier ses coordonnées et ajouter le nom de fournisseurs de soins de santé. | BR-DS-A04        |
| 56     | Gestion des utilisateurs               | Dès que l'établissement est activé par l'équipe, ce qui se produit après réception du formulaire de participation dûment signé, le fondé de pouvoir de l'établissement pourra établir des utilisateurs et accéder aux fonctions du Système DRSSAA.            | BR-DS-A05        |
| 57     | Formulaires du fournisseur             | Chaque fois qu'un fournisseur de soins de santé est ajouté au Système DRSSAA, l'établissement doit imprimer le formulaire de participation pertinent, obtenir la signature du fournisseur et en garder une copie papier.                                      | BR-DS-A06        |
| 58     | Date de fin du fournisseur             | Pour annuler le lien entre le fournisseur des soins de santé et un établissement, l'administrateur de l'établissement doit fixer une date de fin du fournisseur. S'il existe un compte d'utilisateur du fournisseur, il sera désactivé à la date de fin.      | BR-DS-A07        |
| 59     | Intégration PMS                        | Si Intégration PMS est sélectionné, le nom du fournisseur PMS est nécessaire.                                                                                                                                                                                 | BR-DS-A08        |
| 60     | Date de fin de l'établissement         | Si la date de fin d'un établissement de soins de santé est entrée, tous les comptes d'utilisateurs seront désactivés 15 jours plus tard et aucun formulaire de présentation ne sera accepté après la date de fin.                                             | BR-DS-A09        |
| 61     | Fournisseur                            | Une fois inscrit, le nom et les professions du fournisseur de soins de santé ne peuvent pas être modifiés.                                                                                                                                                    | BR-DS-A10        |
| 62     | Fournisseur                            | Pour modifier le nom d'un fournisseur de soins de santé, la date de fin est saisie et le fournisseur doit avoir un nouveau nom.                                                                                                                               | BR-DS-A11        |