



À propos de l'assurance-
automobile



Formulaires



Liste des représentants
autorisés



Contrôle et application



Publications et ressources



Informations relatives



Archives



Explorez la CSFO

Contactez la CSFO



Vous êtes ici: [Accueil](#) > [Assurance-automobile](#) > [Assurance multirisques – Bulletins d'assurance-automobile](#) > **2011** > Ligne directrice révisée concernant le Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile

IMPRIMER

[PARTAGER](#)

Ligne directrice révisée concernant le Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile



Bulletin

No. A-07/11
[Assurance
multirisques]

- Assurance-automobile

À l'attention de toutes les compagnies d'assurances titulaires d'un permis d'exercer de l'assurance-automobile en Ontario

Avec le présent Bulletin, la Commission des services financiers de l'Ontario (CSFO) diffuse la nouvelle Ligne directrice de décembre 2011 concernant le Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile (DRSSAA) – Ligne directrice du surintendant no 03/11 (nouvelle ligne directrice). Cette nouvelle ligne directrice remplace la ligne directrice précédente de septembre 2010 concernant le Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile – Ligne directrice du surintendant no 07/10 (directrice actuelle) qui a été diffusée en septembre 2010.

La nouvelle ligne directrice régira la présentation de documents spécifiques le **1^{er} décembre 2011**, ou après cette date, sans égard à la date de l'accident auquel ils se rapportent.

Nouvelle ligne directrice

La nouvelle ligne directrice a été révisée, dans le cadre des mesures de répression prises par l'Ontario à l'égard de la fraude à l'assurance-automobile, afin de donner des orientations concernant les méthodes de facturation.

La CSFO a reçu des plaintes des intervenants au sujet des pratiques adoptées par les fournisseurs de soins de santé pour ce qui est de leurs méthodes de facturation dans les domaines suivants :

Fréquence de la facturation

En vertu de la ligne directrice actuelle, aucune limite n'est imposée aux fournisseurs de soins de santé pour ce qui est de la fréquence à laquelle ils peuvent présenter des factures. De ce fait, les assureurs se retrouvent avec un volume élevé de documents en format papier. Pour résoudre ce problème, la nouvelle ligne directrice exigera que les factures ne soient présentées qu'une fois qu'un plan de traitement est terminé ou une fois tous les 30 jours civils si le traitement se prolonge au-delà d'un mois.

Factures incomplètes

La présentation de factures incomplètes par les fournisseurs de soins de santé en ce qui concerne la prolongation des prestations de garanties d'assurance-maladie complémentaire (GAMC) peut créer de situations de « double rémunération », puisque le fournisseur va recevoir le paiement à la fois du fournisseur de GAMC et de l'assureur automobile. Pour résoudre ce problème, la nouvelle ligne directrice précise quelles sont les renseignements obligatoires à inscrire sur les formulaires FDIO-21

REMARQUE : Les bulletins affichés sur le présent site Web sont fournis à titre de référence historique seulement. Les renseignements contenus dans ces bulletins étaient exacts en date de leur publication, mais peuvent en tout temps être modifiés ou remplacés par des bulletins plus récents.

Toute ordonnance émise à l'égard du titulaire d'un permis reflète une situation survenue à un moment donné. Le statut d'un titulaire de permis peut changer. Le lecteur est invité à vérifier le statut du permis d'une personne ou d'une entité sous [Liaison Permis](#) au site Web de la CSFO. On peut également communiquer directement avec la personne ou l'entité concernée afin d'obtenir de plus amples renseignements ou plus de précisions au sujet des événements à l'origine de l'ordonnance.

Ces bulletins peuvent inclure des formulaires qui ne sont plus à jour ou exacts. Le lecteur est invité à visiter la rubrique des [formulaires](#) du site Web de la CSFO pour s'assurer d'utiliser la version la plus récente d'un formulaire.

Factures en double pour les biens et services non autorisés

La présentation de factures en double et de factures pour des biens et services non autorisés est une tactique qui est parfois utilisée pour obtenir que des assureurs versent des paiements pour des biens et services non rendus. Pour résoudre ce problème, la nouvelle ligne directrice interdit ces pratiques.

La transmission à plusieurs reprises et/ou de façon délibérée de factures en double et de factures pour des biens et services non autorisés peut être considérée comme une violation des conditions du système DRSSAA et entraîner la suspension ou la révocation de l'accès au fournisseur de soins de santé au système DRSSAA.

Tenue de dossiers

Une section sur la tenue de dossiers a été ajoutée à la nouvelle ligne directrice comme une extension du Bulletin A-02/11 Assurance multirisques - Assurance-automobile, Droits et responsabilités des assureurs en matière de contestation des demandes d'indemnités douteuses ou abusives.

Mises à jour de l'annexe 3 sur les règles de validation

Des changements ont également été apportés à l'annexe 3 sur les règles de validation afin de clarifier les choses pour l'utilisateur.

Autres modifications au formulaire FDIO-21

En date du 1er juillet 2012, la CSFO publiera un formulaire FDIO-21 modifié dans lequel le « Numéro du régime » indiqué dans le formulaire FDIO-18 ou FDIO-23 auquel se réfère le formulaire FDIO-21 deviendra un champ obligatoire. Il s'agira du seul numéro généré par le système DRSSAA lorsqu'un formulaire FDIO-18 ou FDIO-23 auquel se réfère le formulaire FDIO-21 est présenté et permettra aux assureurs de mieux faire le rapprochement des factures.

Cette modification future est annoncée maintenant pour permettre à tous les utilisateurs touchés d'apporter tous les changements requis à leurs systèmes.

Autorisation

La ligne directrice est publiée conformément au paragraphe 268.3 (1) de la Loi sur les assurances aux fins de l'AIAL.

Exemplaires de la ligne directrice concernant le Système DRSSAA

Nous joignons à la présente un exemplaire de la nouvelle ligne directrice. Elle est également disponible sur le site Web de la CSFO à l'adresse www.fSCO.gov.on.ca et sera publiée dans le prochain numéro de la Gazette de l'Ontario.

Philip Howell
Directeur général et
Surintendant, Services financiers

Le 8 Novembre 2011

Pièce jointe :

- 1. [Ligne directrice concernant le Système DRSSAA no 03 / 11](#) 



Financial Services
Commission
of Ontario

Commission des
services financiers
de l'Ontario

**Ligne directrice de décembre 2011 concernant le
Système de demandes de règlement
pour soins de santé liés à l'assurance-automobile**

Décembre 2011

Ligne directrice du surintendant n° 03/11

Ligne directrice de décembre 2011 concernant le Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile

Introduction

La présente ligne directrice remplace la Ligne directrice de septembre 2010 concernant le Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile – Ligne directrice du surintendant n° 07/10 Ligne directrice publiée en septembre 2010. Elle s'applique 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^{er} septembre 2010* (AIAL).

La présente ligne directrice s'applique aux documents qui y sont énumérés et qui sont signifiés le **1^{er} décembre 2011, ou après ce jour**, quelle que soit la date de l'accident auquel ils se rapportent.

Un document visé par la présente ligne directrice qui, auparavant, aurait été envoyé directement à un assureur assujéti à la ligne directrice, devra désormais être envoyé à un bureau central de traitement (BCT) établi par les assureurs pour recevoir ces documents en leur nom.

La présente ligne directrice précise :

- les assureurs, établissements de soins de santé (« établissements ») et fournisseurs de soins de santé (« fournisseurs ») assujettis à la Ligne directrice 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; et
- les processus de facturation.

Assureurs et fournisseurs assujettis à la présente Ligne directrice

La présente ligne directrice s'applique 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 de la présente ligne directrice, 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

La présente ligne directrice s'applique 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 ligne directrice.

La présente ligne directrice ne s'applique 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 de la présente ligne directrice 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 la présente ligne directrice – AIAL, art. 49

Toute facture se rapportant aux biens ou services désignés à l'annexe 2 de la présente ligne directrice 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 la présente ligne directrice.

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 la présente ligne directrice :

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 la présente ligne directrice exige 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 la présente ligne directrice 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 à la présente ligne directrice ou directement à l'assureur, au choix du fournisseur participant.

Le paragraphe 64 (7) de l'AIAL précise qu'un document visé par la présente ligne directrice est réputé ne pas avoir été remis à l'assureur à moins d'être remis au BCT comme l'exige la présente ligne directrice. Si un tel document est remis directement à un assureur, et non au BCT comme l'exige la présente ligne directrice, 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 la présente ligne directrice 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 à la présente ligne directrice. 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 à la présente ligne directrice

Aux fins de la présente ligne directrice, 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 la présente ligne directrice.

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 à la présente ligne directrice, 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 la présente ligne directrice, 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 la présente ligne directrice, 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 la présente ligne directrice, 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 la présente ligne directrice, 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 la présente ligne directrice 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 la présente ligne directrice et, par conséquent, est réputé ne pas avoir été remis à un assureur.

Production des documents

Un document auquel la présente ligne directrice s'applique 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 à la présente ligne directrice.

L'information fournie dans un champ doit être conforme aux règles de validation énoncées à l'annexe 3 de la présente ligne directrice.

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^e 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. 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 des codes des types de fournisseurs est disponible à www.hcaiinfo.ca.
- Pour décrire les catégories de paiement préautorisées, la liste des codes de remboursement préautorisés est disponible à www.hcaiinfo.ca.
- Pour décrire les catégories de paiement en vertu de la Ligne directrice sur les blessures légères, la liste des codes de remboursement des blessures légères à 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.
- 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.

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 www.hcaiinfo.ca/links.asp.

Méthodes de facturation

a) Objet

L'objet de la présente section est de définir les règles pour la présentation de la facture d'assurance-automobile standard (FDIO-21) que doivent suivre tous les fournisseurs participants. On y décrira l'information qui doit être présente sur le formulaire FDIO-21 pour qu'il puisse être considéré comme ayant été dûment rempli et tous les renseignements qu'il doit comporter pour se conformer au sens de l'article 67 de l'AIAL.

b) Fréquence de la facturation

Il ne faut transmettre un formulaire FDIO-21 à l'égard d'un Plan de traitement et d'évaluation (FDIO-18) que lorsque tous les biens ou services mentionnés sur le formulaire FDIO-18 ont été fournis. Toutefois, lorsque la fourniture des biens ou services visés dans un formulaire FDIO-18 se prolonge sur une période de plus 30 jours civils, le fournisseur participant peut opter de transmettre un formulaire FDIO-21 à l'égard de ce formulaire FDIO-18, qu'une fois tous les 30 jours civils.

Si le traitement est dispensé en vertu de la Ligne directrice sur les blessures légères (LDBL), un fournisseur participant ne peut présenter un formulaire FDIO-21 à l'égard d'un bloc de traitement

visé par la LDBL que lorsque le bloc est terminé. (Dans le cas où une personne assurée change de fournisseur pendant que les services de traitement sont en cours, le fournisseur précédent peut présenter un formulaire FDIO-21 à l'égard des services dispensés avant le changement. Toutefois, le montant facturé doit être conforme aux dispositions de l'article 6 (« Changement de praticien de la santé en vertu de la présente ligne directrice ») de la LDBL.)

c) Façon de préparer les factures

Afin de permettre aux assureurs de bien mettre en concordance les factures, un fournisseur participant ne peut présenter un formulaire FDIO-21 qui s'applique à plus d'un formulaire FDIO-18 ou à un formulaire FDIO-18 ainsi qu'un formulaire FDIO-23.

Lorsqu'un fournisseur participant présente un formulaire FDIO-21, il doit inclure les renseignements suivants :

- S'il est allégué que l'assureur est tenu de payer les frais de biens et services, conformément au **paragraphe 38 (11)** de l'AIAL (à savoir, en raison de l'omission par l'assureur de répondre à un formulaire FDIO-18 dans les 10 jours ouvrables de sa réception), il faut que cela soit clairement identifié dans la section « Autres renseignements » du formulaire FDIO-21.
- Si un fournisseur participant présente un formulaire FDIO-21 à l'égard de biens et services qui sont présumés ne pas exiger de formulaire FDIO-18 en vertu des **paragraphes 38 (2) ou 38 (4)** de l'AIAL, il faut que cela soit clairement identifié dans la section « Autres renseignements » du formulaire FDIO-21.
- Des renseignements complets et précis concernant les autres assurances disponibles et la couverture des soins de santé doivent être précisés fournis dans la section « Autres assurances » du formulaire FDIO-21.

Advenant qu'un formulaire FDIO-21 ne contienne pas tous les renseignements obligatoires ci-dessus, il sera considéré comme étant incomplet et ne pas inclure tous les renseignements exigés par l'AIAL.

d) Factures en double

Il est interdit de présenter de nouveau, par l'entremise du système DRSSAA, un formulaire FDIO-21 qui fait mention, en totalité ou en partie, de biens ou services mentionnés dans un formulaire FDIO-21 déjà reçu par l'assureur conformément à l'article 64 (9) de l'AIAL. Advenant qu'un fournisseur participant souhaite mentionner un montant en souffrance à l'assureur, il doit communiquer directement avec lui.

Un fournisseur participant qui, à plusieurs reprises et/ou de façon délibérée, transmet des formulaires FDIO-21 en double par l'entremise du système DRSSAA peut être considéré par le BCP comme agissant en violation des **conditions imposées aux utilisateurs du BCP** (voir « **Inscription des utilisateurs et des fournisseurs** » ci-dessous). Une telle violation peut entraîner la suspension, l'annulation ou la révocation de l'accès du fournisseur participant au système DRSSAA.

e) Biens et services non autorisés

Un fournisseur participant ne peut pas présenter de formulaire FDIO-21 à l'égard de biens ou

des services (notamment des évaluations et des examens) qui n'ont pas été :

- i. autorisés par l'assureur,
- ii. considérés par l'AIAL comme étant payables par l'assureur ou
- iii. déterminés comme étant payables par l'assureur à la suite du règlement d'un différend conformément aux art. 279 à 283 de la Loi sur les assurances.

Un fournisseur participant qui à plusieurs reprises et/ou de façon délibérée, transmet des formulaires FDIO-21 par l'entremise du système DRSSAA, contrairement à la présente exigence, peut être considéré par le BCP comme agissant en violation des conditions imposées aux utilisateurs du BCP (voir « **Inscription des utilisateurs et des fournisseurs** » ci-dessous). Une telle violation peut entraîner la suspension, l'annulation ou la révocation de l'accès du fournisseur participant au système DRSSAA.

f) Tenue de dossiers

Le fournisseur participant doit conserver l'original du formulaire FDIO-21 en version papier portant une signature originale autorisée dans le dossier et doit être disposé à le mettre à la disposition de l'assureur qui pourra examiner et faire une copie du formulaire FDIO-21 original signé, conformément à l'article 46.2 de l'AIAL et ce, lorsque l'assureur le demande.

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 la présente ligne directrice 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 de la présente ligne directrice

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 de la présente ligne directrice.

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

Pendant une période de suspension, les exigences des Ligne directrice 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.

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 à la présente ligne directrice – 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
Indemnité pour frais médicaux			
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	✓	
Indemnité de réadaptation			
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
Examens, rapports/certificats, etc.			
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
Documents communs - 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 de la soumission, - 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 aux dates figurant dans le document, notamment : - à la date de la soumission, - à la date de l'accident, - à la date du jour.	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 : - supérieurs ou égaux à 0; - égaux à la somme de tous les postes auxquels le total partiel s'applique.	PM-CSR10
9	Taxe	Le montant total de la taxe doit être - supérieur ou égal à zéro, - ou égal à la somme de tous les postes.	CSR25
10	Date de la signature du demandeur	La date de la signature du demandeur sur les plans de traitement doit être - égale ou antérieure à la date du jour, - ou égale ou postérieure à la date de l'accident.	PM-CSR31
Validation de l'unité de mesure pour les produits et services rendus			
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	Pour les codes de biens et services débutant par la lettre « S », l'unité de mesure doit être « SN » (séance) ou « HR » (heure).	BR-GPI R06
13	Mesure	Pour les codes de biens et services débutant par la lettre « G », l'unité de mesure doit toujours être « GD » (biens). Si le code ne débute pas par la lettre « G », l'unité de mesure ne doit pas être « GD ».	BR-GPI R06
14	Mesure	Pour les codes de biens et services se terminant par « TT » (temps de déplacement), l'unité de mesure doit être « HR » (heures).	BR-GPI R07
15	Mesure	Pour les codes de biens et services se terminant par « KM », l'unité de mesure doit être « KM » (kilomètre).	BR-GPI R08
16	Mesure	Si la mesure est KM (kilomètre) ou HR (heure), les décimales sont autorisées dans la quantité.	BR-GPI R13
17	Mesure	Pour tous les codes CCI, l'unité de mesure doit être HR (heure) ou PR (processus). Une exception sera faite pour les codes débutant par « 7 » et se terminant par « 30 ». Dans un tel cas, l'unité de mesure « PG » (page) est également permise. Par exemple : Les codes CCI qui sont 7.SJ.30 et 7.SJ.30.LB peuvent porter l'unité de mesure « PG ».	BR-GPI R04
Facture commune (FDIO 21) Règles de présentation			
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, - égale ou postérieure à la date de l'accident, - antérieure ou égale à la date de la présentation.	IMBR-CS7
21	Quantité	La quantité de biens ou de services offerts doit être supérieure à zéro.	IMBR-CS9

Numéro	Champ	Description	N° de validation
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 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).	IMBR-CR1
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
FDIO-18 Règles de présentation			
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, - égale ou postérieure à la date de l'accident, - égale ou antérieure à la date de la présentation.	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, - égale ou postérieure à la date de l'accident, - égale ou antérieure à la date de la présentation.	
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

Numéro	Champ	Description	N° de validation
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, • supérieur ou égal à zéro, • égal au coût estimatif par jour multiplié par la quantité projetée.	PM-18R1
34	Durée du traitement	La durée estimative du plan de traitement (en semaines) doit être supérieure à zéro.	PM-18R3
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 • égal à la somme du total partiel, de la taxe, du montant du MSSLD et des autres assureurs 1 et 2.	PM-18R11
37	Quantité totale	La quantité totale de tous les biens et services doit correspondre à la somme des quantités totales de chaque élément.	PM-CSR26
FDIO-23 Règles de présentation			
38	Profession	La profession du praticien de la santé à la partie 4 du formulaire FDIO-23 réservée à la signature du professionnel de la santé responsable du dossier doit être une des professions suivantes : • chiropraticien • dentiste • infirmière praticienne • ergothérapeute • médecin • physiothérapeute	PM-23R18
39	Date de signature	La date de la signature du praticien de la santé réglementé doit être, • égale ou postérieure à la date de l'accident, • égale ou antérieure à la date de la présentation.	PM-23R10
40	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 légère ».	PM-23R25
41	Partie 11	Si la ligne directrice est « blessure légère », il ne doit pas y avoir de rubrique à la Partie 11.	PM-23R26
42	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
43	Ligne directrice - Frais estimatifs	Les frais estimatifs dans les ligne directrice doivent être supérieurs ou égaux à zéro.	PM-23R27

Numéro	Champ	Description	N° de validation
44	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 • égal à la somme du total partiel préautorisé.	PM-23R17
FDIO-21A Règles de présentation – applicables uniquement au centre de saisie des données			
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
FDIO-21B Règles de présentation			
		Voir les règles de présentation pour les factures communes.	
46	Champs obligatoires pour les biens et services rendus	Il faut obligatoirement remplir les champs suivants à l'égard des biens et services rendus : • Date du service • Code des biens et services • Référence du fournisseur • Quantité • Mesure • Impôt, c'est-à-dire « Oui » (vérifié) ou « Non » (non vérifié) • Coût	IMBR-CS10
FDIO-21C Règles de présentation			

Numéro	Champ	Description	N° de validation
47	Version	On doit utiliser la version C de la facture FDIO-21 pour facturer les biens et services conformes aux Ligne directrice publiées par le surintendant des assurances de l'Ontario.	IMBR-CS1
48	Types de Ligne directrice/Cadre de travail préautorisé	Le type de ligne directrice/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 : • blessure légère, • blessure WAS I/II.	IMBR-CS28
49	Frais	La section des frais remboursables dans les limites des ligne directrice sur les blessures légères 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 Ligne directrice/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 Ligne directrice/Cadre de travail préautorisé sont les Ligne directrice pour blessures légères.	IMBR-CS45
Registre de l'établissement			
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