



SOUPÇONNEZ UNE FRAUDE EN ASSURANCE-AUTO?

Soumettez un signalement ici

Vous êtes ici: [Accueil](#) > [Assurance-automobile](#) > [Assurance multirisques](#) – [Bulletins d'assurance-automobile](#) > [IMPRIMER 2014](#) > A-01/14

Ligne directrice révisée sur les blessures légères et formulaire Plan de traitement et d'évaluation révisé (FDIO-18)



Bulletin

N° A-01/14
I.A.R.D.
– Automobile

À propos de l'assurance-
automobile

Formulaires

Liste des représentants
autorisés

Mesures d'application

Publications et ressources

Informations relatives

Archives

Carrières

Explorez la CSFO

Contactez la CSFO

Suivre @CSFOTweets

À toutes les compagnies d'assurances autorisées à faire souscrire de l'assurance-automobile en Ontario et à tous les fournisseurs de soins de santé

La Commission des services financiers de l'Ontario (CSFO) présente la Ligne directrice révisée sur les blessures légères et le formulaire Plan de traitement et d'évaluation révisé (FDIO-18) qui prennent effet le 1^{er} février 2014.

La Ligne directrice révisée sur les blessures légères et le formulaire FDIO-18 révisé ont été modifiés en fonction de la modification apportée récemment à l'Annexe sur les indemnités d'accident légales – en vigueur dès le 1^{er} septembre 2010 (AIAL), et décrite dans le Bulletin A-07/13. Cette modification prévoit qu'un praticien de la santé doit avoir attesté avant l'accident un état médical préexistant tel que décrit au sous-alinéa 38 (3) c) (i) (à l'égard de la Ligne directrice sur les blessures légères).

Demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile

Jusqu'à ce que formulaire FDIO-18 soit mis à jour (modification du texte se trouvant dans la case Remarque à la page 1 et de celui de la deuxième question de la Partie 4) dans le Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile (DRSSAA), ces modifications doivent être lues dans le système DRSSAA dans la version électronique actuelle du formulaire FDIO-18. La mise à jour est prévue pour l'été 2014.

Les assureurs ainsi que les praticiens de la santé et les cliniques doivent visiter le [site Web du système DRSSAA](#) (www.hcaiinfo.ca) pour obtenir plus de renseignements sur les récentes modifications de l'AIAL apportées au formulaire FDIO-18 et traitées dans le système DRSSAA.

Nous rappelons aux praticiens de la santé que tout document joint au formulaire FDIO-18 doit être envoyé directement aux assureurs et non au système DRSSAA.

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.

Autorité

La Ligne directrice révisée sur les blessures légères est émise conformément à l'article 268.3 de la Loi sur les assurances (la Loi) et est incorporée par renvoi à l'AIAL. On s'attend à ce qu'elle soit publiée dans l'édition du 25 janvier 2014 de la Gazette de l'Ontario. Le formulaire FDIO-18 est émis conformément à l'article 66 de l'AIAL.

COPIES

La ligne directrice révisée sur les blessures légères et le formulaire FDIO-18 révisé sont joints à la présente à titre informatif. Ils peuvent également être téléchargés sur le site Web de la CSFO au www.fSCO.gov.on.ca.

Renseignements additionnels

La Loi et les modifications à l'AIAL sont publiées sur le site www.e-laws.gov.on.ca .

Philip Howell
Directeur général et
surintendant des services financiers

Le 24 janvier 2014

Pièces jointes

1. [Ligne directrice sur les blessures légères – Ligne directrice du surintendant no 01 / 14](#) 
2. Plan de traitement et d'évaluation (FDIO-18)
[Document accessible](#)  | [PDF](#) 



Certains sites Web ou documents auxquels vous pouvez accéder à partir du présent site ou menant au présent site ont été mis sur pied ou sont exploités par des organismes ne faisant pas partie du gouvernement de l'Ontario ou pour le compte de tels organismes. Ces derniers sont les seuls responsables du fonctionnement et le contenu (y compris le droit de fournir ce contenu) de leur site respectif. Il se peut que ces sites ou documents externes n'existent pas en français. Les liens externes fournis dans le présent site ou menant au présent site ne signifient pas que le gouvernement de l'Ontario appuie ces organismes ni qu'il garantit le contenu (y compris le droit de fournir ce contenu) de leur site respectif.



Financial Services
Commission
of Ontario

Commission des
services financiers
de l'Ontario

Février 2014

Ligne directrice sur les blessures légères

Ligne directrice du surintendant n° 01/14

Table des matières

1. Introduction	3
2. Définitions	4
3. Déficiences visées par la présente ligne directrice.....	5
4. Déficiences non visées par la présente ligne directrice.....	5
5. Fournisseurs de services autorisés en vertu de la présente ligne directrice	6
6. Changement de praticien de la santé en vertu de la présente ligne directrice	6
7. Visite initiale	6
a) Moment de la visite initiale	6
b) Composantes de la visite initiale	6
c) Interventions recommandées à la fin de la visite initiale et documents et facture	8
d) Honoraires pour la visite initiale (voir l'annexe B, <i>Tableau des honoraires</i>).....	9
8. Phase de traitement	9
a) Moment et durée de la phase de traitement	9
b) Composantes de la phase de traitement	9
c) Surveillance par le praticien de la santé	11
d) Biens et services supplémentaires durant la phase de traitement.....	11
e) État au moment du congé au cours ou à la fin de la phase de traitement et documents et facture	12
f) Honoraires pour la phase de traitement (voir l'annexe B, <i>Tableau des honoraires</i>)	13
9. Montants payables en vertu des autres assurances et garanties de soins de santé.	13
Annexe A.....	14
Annexe B.....	16
Annexe C	17

Ligne directrice sur les blessures légères

1. Introduction

La présente directive remplace la Ligne directrice sur les blessures légères – Ligne directrice du surintendant n° 02/11 publiée en novembre 2011, émise conformément à l'article 268.3 de la *Loi sur les assurances* aux fins de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales* - en vigueur dès le 1^{er} septembre 2010 (AIAL).

Cette directive s'applique aux documents précisés dans la directive qui sont remis le **1^{er} février 2014** ou après cette date, quelle que soit la date de l'accident qu'ils concernent.

La présente ligne directrice est incorporée par renvoi à l'AIAL et est donc exécutoire en application du paragraphe 268.3 (2.1) de la *Loi sur les assurances*.

Pour l'application de la présente ligne directrice, les termes « blessure » et « blessures » s'entendent respectivement au sens donné à « déficience » et « déficiences » dans l'AIAL, tandis que « membre d'une profession de la santé réglementée » et « praticien de la santé » ont le même sens que dans l'AIAL.

La présente ligne directrice s'applique en cas de remise de tout formulaire *Confirmation du traitement* (FDIO-23) au nom d'une personne assurée et dans les cas où l'assureur renonce à l'exigence liée à l'obtention d'un formulaire FDIO-23 en ce qui concerne un accident qui s'est produit le 1^{er} septembre 2010 ou après cette date.

Les *Lignes directrices préautorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade I ou II* (Lignes directrices du surintendant n° 02/09) demeurent en effet en cas de remise du formulaire FDIO-23 au nom d'une personne assurée, et dans les cas où l'assureur renonce à l'exigence liée à l'obtention d'un formulaire FDIO-23, en ce qui concerne un accident qui s'est produit avant le 1^{er} septembre 2010.

La présente ligne directrice a les fins suivantes :

- a) accélérer l'accès à des services de réadaptation pour les personnes qui ont subi des blessures légères dans un accident d'automobile;
- b) améliorer l'utilisation des ressources en soins de santé;
- c) établir à l'intention des assureurs et des membres d'une profession de la santé réglementée de la certitude relativement au coût et au paiement;
- d) être plus inclusif dans la prestation d'un accès immédiat au traitement sans approbation de l'assureur pour les personnes ayant des blessures légères telles qu'elles sont définies dans l'AIAL et décrites à la partie 2 de la présente ligne directrice.

Conformément à ces objectifs, la présente ligne directrice établit les biens et services qui seront payés par l'assureur sans avoir été approuvés par ce dernier lorsqu'ils ont été dispensés à une personne assurée qui a subi une blessure légère.

La présente ligne directrice a avant tout pour but d'assurer l'application d'une **méthode de restauration fonctionnelle** combinée à des interventions visant à réduire ou à gérer la douleur ou l'invalidité.

L'AIAL et la présente ligne directrice visent à encourager et à promouvoir l'application la plus large possible de la présente ligne directrice, en reconnaissant que la plupart des personnes blessées dans des accidents d'automobile en Ontario subissent des blessures légères pour lesquelles conviennent les biens et services prévus dans la présente ligne directrice.

L'application de la présente ligne directrice par tous les intervenants sera surveillée régulièrement afin de détecter rapidement toute application ou interprétation inappropriée de l'AIAL et de la ligne directrice, et d'y répondre.

2. Définitions

La présente ligne directrice a avant tout pour but d'assurer l'application d'une méthode de restauration fonctionnelle pour la gestion des blessures légères aux phases aiguë et subaiguë du traitement.

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente ligne directrice :

- a) **blessure légère** – entorse, foulure, entorse cervicale, contusion, excoriation, lacération ou subluxation et toute séquelle s'y rattachant sur le plan clinique. Ce terme est à interpréter de manière à s'appliquer à une ou plusieurs de ces blessures, quelles qu'elles soient.
- b) **entorse** – blessure à un ou plusieurs tendons ou ligaments, voire à un ou plusieurs tendons et un ou plusieurs ligaments, y compris une déchirure partielle, mais pas complète.
- c) **foulure** – blessure à un ou plusieurs muscles, y compris une déchirure partielle, mais pas complète.
- d) **subluxation** – luxation partielle, mais pas complète, d'une articulation.
- e) **coup de fouet cervical** – blessure au cou d'une personne à la suite d'une force soudaine d'accélération-décélération.
- f) **entorse cervicale** – coup de fouet cervical qui :
 - (i) ne se traduit pas par des signes neurologiques objectifs, démontrables, définissables et pertinents sur le plan clinique;
 - (ii) ne se traduit pas par une fracture de la colonne vertébrale ou une luxation de cette dernière.

- g) **restauration fonctionnelle** – Approche utilisée par un praticien de la santé pour rétablir la capacité fonctionnelle et qui comprend des interventions visant à aider la personne assurée à réduire ou gérer sa douleur et les symptômes psychosociaux connexes. Les interventions sont centrées sur ce que la personne assurée doit faire pour rétablir son autonomie fonctionnelle à la maison et au travail jusqu'au niveau existant avant l'accident. La personne est soumise à une évaluation destinée à déterminer le niveau de fonctionnement actuel par rapport à ces besoins essentiels et les limites fonctionnelles découlant de la blessure, le cas échéant. Les interventions effectuées par le praticien de la santé ou un membre d'une profession de la santé réglementée sous la supervision ou la coordination du praticien de la santé sont ensuite choisies en fonction de ces limites afin de permettre à la personne de poursuivre ou de reprendre ses activités habituelles à la maison et au travail.
- h) **Intervention recommandée** – Intervention qui, idéalement, est pratiquée à chaque fois que la personne assurée se rend à la clinique du praticien de la santé.
- i) **Intervention discrétionnaire** – Intervention pratiquée à la discrétion du praticien de la santé en fonction des besoins précis de la personne assurée. Le terme « discrétionnaire » **ne signifie pas** que l'intervention en question joue un rôle secondaire dans le traitement de la personne assurée.

3. Déficiences visées par la présente ligne directrice

Sous réserve des exceptions prévues à la section 4 ci-dessous, la déficience d'une personne assurée est visée par la présente ligne directrice si la déficience est essentiellement une blessure légère.

4. Déficiences non visées par la présente ligne directrice

La déficience d'une personne assurée n'est pas visée par la présente ligne directrice dans les cas où cette déficience est essentiellement une blessure légère, mais que la personne assurée a, tel que l'atteste une preuve convaincante fournie par son praticien de la santé, un état médical préexistant qui a été attesté par un praticien de la santé avant l'accident et qui l'empêchera de se rétablir de manière optimale de la blessure légère si la personne est assujettie au plafond de 3 500 \$ prévu au paragraphe 18(1) de l'AIAL ou limitée aux biens et services autorisés en vertu de la présente ligne directrice.

La preuve convaincante doit être fournie au moyen du formulaire FDIO-18, *Plan de traitement et d'évaluation*, auquel seront joints les documents médicaux préparés le cas échéant par un praticien de la santé.

L'existence d'un état préexistant quel qu'il soit ne se traduit pas nécessairement par l'exclusion de la déficience d'une personne relativement à la présente ligne directrice. Une telle exclusion n'est ni prévue ni escomptée en ce qui concerne la grande majorité des états préexistants.

Ce n'est que dans des cas extrêmement limités, lorsqu'une preuve convaincante fournie par un praticien de la santé démontre de manière satisfaisante qu'un état préexistant, attesté par un praticien de la santé avant l'accident, empêchera une personne de se rétablir de manière optimale de la blessure légère pour les raisons susmentionnées, que l'on considérera que la déficience de cette personne n'est pas visée par la présente ligne directrice. L'exclusion d'une personne relativement à la présente ligne directrice du fait de motifs ou d'une preuve ne satisfaisant pas à cette exigence n'est pas conforme à l'intention de l'AIAL et de la présente ligne directrice.

5. Fournisseurs de services autorisés en vertu de la présente ligne directrice

Les fournisseurs pouvant fournir les services en vertu de la présente ligne directrice sont les praticiens de la santé, au sens de l'AIAL, que la loi autorise à traiter les blessures en question et qui sont en mesure de faire les interventions prévues dans la présente ligne directrice. En outre, le praticien de la santé peut coordonner ou superviser directement la prestation de services à des personnes assurées par d'autres fournisseurs de soins de santé compétents.

6. Changement de praticien de la santé en vertu de la présente ligne directrice

Lorsqu'une personne assurée recevant des services en vertu de cette directive décide de changer de praticien de la santé, pendant qu'elle reçoit des services de traitement dans le cadre d'une tranche de services, le nouveau praticien de la santé doit en informer l'assureur, qui lui indiquera quels services prévus en vertu de la directive ont déjà été fournis. Le nouveau praticien reprendra alors la prestation des services prévus par la directive.

Le praticien de la santé précédent ne peut facturer que 25 % du montant autrement payable pour une tranche de services pour chaque semaine ou partie de semaine au cours de laquelle il a dispensé un traitement en vertu de la tranche (p. ex., un praticien de la santé qui a fourni deux semaines de traitement facturerait 50 % du montant total autrement payable pour la tranche de services précisée). Ces renseignements doivent être précisés dans la section « Autres renseignements » du formulaire FDIO-21. Le nouveau praticien de la santé ne pourra être rémunéré que pour les services qui restent à fournir en vertu de la présente directive.

7. Visite initiale

a) Moment de la visite initiale

Idéalement, la visite initiale a lieu dès que possible après l'accident, et les praticiens de la santé sont encouragés à commencer l'intervention au cours de la visite initiale.

b) Composantes de la visite initiale

i. Évaluation

Dans le cadre de l'évaluation de la personne assurée, le praticien de la santé doit faire ce qui suit :

- Vérifier les antécédents, notamment : les données démographiques, les blessures antérieures, la blessure actuelle.
- Effectuer un examen physique, comprenant notamment la détermination de l'amplitude des mouvements, un examen neurologique et une évaluation des blessures connexes.

- Examiner les capacités fonctionnelles et les facteurs de risque psychosociaux se rapportant à la blessure et les consigner, notamment les changements dans les capacités fonctionnelles, les problèmes psychosociaux et les autres facteurs de risques ou obstacles au rétablissement. Il est entendu que l'examen des capacités fonctionnelles et des facteurs de risque psychosociaux et leur consignation font partie du champ d'activité du praticien de la santé et n'exigent pas d'examen psychologique en bonne et due forme. Même s'il est recommandé d'employer des outils et instruments normalisés pour faire l'examen des capacités fonctionnelles et des facteurs de risque psychosociaux, le praticien de la santé peut utiliser les outils de son choix.
- Établir un diagnostic ou définir la déficience, avec notamment la description du diagnostic primaire ou de la déficience (codes de la CIM-10) et la description du diagnostic secondaire ou de la déficience (codes de la CIM-10).
- Obtenir le consentement éclairé de la personne assurée pour le traitement et le consigner par écrit.
- Passer en revue le formulaire FDIO-23, *Confirmation du traitement*, avec la personne assurée et faire signer le formulaire par cette dernière, à moins que l'assureur n'ait renoncé à l'exigence liée à l'obtention de ce formulaire.

ii. Interventions recommandées durant la visite initiale

Les interventions recommandées durant la visite initiale sont notamment les suivantes :

- **Prescrire des activités**
S'il y a lieu, encourager la personne assurée à demeurer active et à poursuivre ses activités habituelles, car ce sont des facteurs importants dans le processus de rétablissement.
- **Fournir du réconfort**
Au besoin, fournir du réconfort à la personne assurée au sujet de sa blessure et du processus de rétablissement.
- **Donner des renseignements**
Distribuer, s'il y a lieu, le dépliant intitulé *Les faits sur le coup de fouet cervical* (ci-joint, à titre d'annexe A) et renseigner la personne assurée sur les blessures légères, les symptômes, le processus naturel de guérison et le pronostic de rétablissement.
- **Recommander un programme d'exercices à la maison**
Au besoin, montrer à la personne assurée des exercices qu'elle devrait faire pour sa blessure et lui donner des conseils à ce sujet, et établir pour cette personne un programme d'exercices personnalisés qu'elle pourra faire à la maison, au travail ou à l'école.

iii. Interventions discrétionnaires durant la visite initiale

Les interventions que peut faire le praticien de la santé s'il l'estime utile pour faciliter le rétablissement de la personne assurée et la reprise de ses activités sont notamment les suivantes :

- **Faire des exercices et des activités fonctionnelles**

Les interventions doivent être déterminées d'après les besoins précis et les exigences fonctionnelles de la personne assurée et peuvent inclure ce qui suit : des exercices visant à restaurer l'amplitude des mouvements; des exercices de réadaptation musculaire; des exercices isométriques avec de faibles charges.

- **Utiliser la manipulation et la mobilisation**

Le praticien de la santé peut faire ce genre d'interventions s'il estime que la personne assurée bénéficierait de la mobilisation et la manipulation.

- **Recourir à l'imagerie diagnostique**

Il est permis de faire des radiographies de la personne assurée sans l'autorisation préalable de l'assureur lorsque tous les critères suivants sont remplis :

- les honoraires ne dépassent pas ceux figurant à l'annexe C et l'Assurance-santé de l'Ontario ou une assurance complémentaire est facturée avant l'assureur;
- aucune autre radiographie du même genre n'a été prise par un autre praticien de la santé ou établissement de santé depuis l'accident;
- au moins l'une des conditions suivantes est remplie :
 - une lésion osseuse est suspectée;
 - il y a une possibilité de changements dégénératifs, d'instabilité ou d'autres états suffisamment graves pour qu'il soit nécessaire d'écarter les contre-indications relatives à une ou plusieurs interventions;
 - une polyarthrite rhumatoïde est suspectée;
 - il y a une possibilité d'ostéoporose;
 - la personne a des antécédents de cancer.

- **Prévoir d'autres interventions visant à faciliter la gestion de la douleur, le mouvement et la reprise des activités**

Si la personne assurée profiterait d'autres interventions précises visant à faciliter la gestion de la douleur, le mouvement et la reprise des activités, ces interventions peuvent être pratiquées durant la visite initiale ou les visites subséquentes. Il peut s'agir par exemple de traitements de massothérapie, d'une intervention pour des problèmes psychosociaux, d'un enseignement lié aux habiletés d'adaptation, de conseils sur la distinction à faire entre les concepts de douleur et de lésion et le maintien d'un engagement actif ou de techniques de préservation de l'énergie corporelle.

c) Interventions recommandées à la fin de la visite initiale et documents et facture

Le praticien de la santé déterminera parmi les énoncés suivants la conclusion qui convient le mieux pour ses recommandations à la fin de la visite initiale :

- i. Aucune intervention supplémentaire n'est nécessaire. Le praticien de la santé remplit la *Facture d'assurance-automobile standard* (FDIO-21) pour la visite initiale.

- ii. D'autres interventions décrites dans la présente ligne directrice sont nécessaires et pertinentes conformément à la partie 3 de la présente ligne directrice (la déficience de la personne assurée est donc visée par la ligne directrice). Le praticien de la santé remplit le formulaire FDIO-23 et l'envoie à l'assureur dans les 10 jours ouvrables suivant la visite initiale, à moins que l'assureur n'ait renoncé à cette exigence. Le praticien de la santé remplira et enverra le formulaire FDIO-21.
- iii. D'autres interventions sont nécessaires, mais ne sont pas visées par la présente ligne directrice, conformément à la partie 4 de la présente ligne directrice (la déficience de la personne assurée n'est donc pas visée par la ligne directrice). Soit le praticien de la santé remplit et envoie le formulaire FDIO-18 en fournissant une preuve convaincante de l'état médical préexistant, attesté par un praticien de la santé avant l'accident, qui empêchera la personne assurée de se rétablir de manière optimale, soit il fait le renvoi approprié. Le praticien de la santé envoie le formulaire FDIO-21 pour la visite initiale.

d) Honoraires pour la visite initiale (voir l'annexe B, *Tableau des honoraires*)

Des honoraires de 215,00 \$ seront versés pour la visite initiale. Ce montant comprend toutes les évaluations et les interventions effectuées durant la visite initiale, quel que soit le nombre ou le type d'interventions, ainsi que le remplissage du formulaire FDIO-23.

8. Phase de traitement

Si le praticien de la santé établit que la ligne directrice s'applique à la personne assurée et que l'intervention qui y est prévue est nécessaire pour faciliter le rétablissement et la reprise des activités de la personne assurée, cette dernière entre dans la phase de traitement.

a) Moment et durée de la phase de traitement

Les tranches de la phase de traitement consistent en des traitements prodigués en plus de toute intervention effectuée au cours de la visite initiale, et leur durée ne dépasse généralement pas les douze semaines suivant la date de la visite initiale. Le fournisseur de soins de santé approprié exécutera les séances prévues dans le traitement d'après les besoins de la personne assurée et le jugement clinique du praticien de la santé.

b) Composantes de la phase de traitement

Interventions recommandées et discrétionnaires

i. Interventions recommandées au cours de la phase de traitement

- **Poursuivre les examens cliniques**
Faire régulièrement des examens cliniques de l'état de la personne assurée et de ses progrès vers la restauration des capacités fonctionnelles, à partir de quoi le praticien de la santé apportera toutes modifications nécessaires à la méthode d'intervention.
- **Prescrire des activités; fournir du réconfort; donner des renseignements; recommander un programme d'exercices à la maison (tel que décrit ci-avant dans la section consacrée à la visite initiale)**

ii. Interventions discrétionnaires au cours de la phase de traitement

- **Faire des exercices et des activités fonctionnelles; utiliser la manipulation et la mobilisation (tel que décrit ci-avant dans la section consacrée à la visite initiale)**
- **Donner des renseignements sur la gestion de la douleur et les habiletés d'adaptation**
Si la personne assurée semble souffrir ou avoir de la difficulté à gérer les effets de sa blessure, le praticien de la santé peut lui donner des renseignements sur la gestion de la douleur et les habiletés d'adaptation (l'emploi d'une démarche normalisée est recommandé).
- **Recourir à l'imagerie diagnostique (se reporter à la section ci-dessus sur la visite initiale)**
- **Prévoir d'autres interventions visant à faciliter la gestion de la douleur, le mouvement et la reprise des activités (se reporter à la section ci-dessus sur la visite initiale)**

Tranches de traitement

i. Tranche 1

Au cours de la première tranche de traitement de quatre semaines (qui commence immédiatement après la visite initiale), le praticien de la santé devrait effectuer ou superviser les interventions établies dans le formulaire FDIO-23 à partir de la visite initiale.

Si la personne assurée se rétablit de manière optimale au cours de cette période, elle obtient son congé de la ligne directrice (voir la partie e) de la présente section). Si la personne assurée nécessite une ou plusieurs interventions supplémentaires, le praticien de la santé poursuit le traitement en passant à la tranche 2.

Les honoraires correspondant à cette période s'élèvent à 775,00 \$ pour le traitement ou à 200,00 \$ pour les services de supervision prévus à la partie c) de la présente section, sans cumul possible de ces deux montants.

ii. Tranche 2

Au cours de la deuxième tranche de traitement de quatre semaines, le praticien de la santé devrait effectuer ou superviser les interventions établies dans le formulaire FDIO-23, le cas échéant, ou continuer toute(s) intervention(s) supplémentaire(s) établie(s) dans la tranche 1, voire réaliser tout cela à la fois.

Si la personne assurée se rétablit de manière optimale au cours de cette période, elle obtient son congé de la ligne directrice (voir la partie e) de la présente section). Si la personne assurée nécessite une ou plusieurs interventions supplémentaires, le praticien de la santé poursuit le traitement en passant à la tranche 3.

Les honoraires correspondant à cette période s'élèvent à 500,00 \$ pour le traitement ou à 200,00 \$ pour les services de supervision prévus à la partie c) de la présente section, sans cumul possible de ces deux montants.

iii. Tranche 3

Au cours de la dernière tranche de traitement de quatre semaines, le praticien de la santé devrait effectuer ou superviser les interventions établies dans le formulaire FDIO-23, le cas échéant, ou continuer toute(s) intervention(s) supplémentaire(s) établie(s) dans les tranches 1 et 2, voire réaliser tout cela à la fois.

Si la personne assurée se rétablit de manière optimale au cours de cette période, elle obtient son congé de la ligne directrice (voir la partie e) de la présente section). Si la personne assurée nécessite une ou plusieurs interventions supplémentaires au-delà de la tranche 3, elle doit présenter un formulaire FDIO-18 à l'assureur.

Les honoraires correspondant à cette période s'élèvent à 225,00 \$ pour le traitement ou à 200,00 \$ pour les services de supervision prévus à la partie c) de la présente section, sans cumul possible de ces deux montants.

c) Surveillance par le praticien de la santé

Le praticien de la santé peut fournir de l'orientation, des conseils, de l'encadrement, du counselling et du réconfort à la personne assurée au lieu du traitement prévu dans l'une des tranches quelle qu'elle soit. Les honoraires correspondant à ce genre d'intervention ne sont pas payables si le traitement relevant de la tranche 3 a débuté.

La réalisation de l'intervention de surveillance est assujettie à la satisfaction de toutes les exigences suivantes :

- 1) la surveillance est exercée dans les 12 semaines suivant la visite initiale;
- 2) il a été déterminé que la personne assurée s'est rétablie de manière optimale et ne nécessite plus de traitement;
- 3) la personne assurée a repris une partie ou la totalité des activités qu'elle exerçait avant l'accident (à la maison, au travail, à l'école, etc.);
- 4) aucun traitement ni aucune surveillance n'est prévu dans le cadre de la ou des tranches ultérieures.

Les honoraires correspondant à ce service s'élèvent à 200,00 \$.

d) Biens et services supplémentaires durant la phase de traitement

Des fonds supplémentaires sont disponibles pour la fourniture de biens et services supplémentaires en vue de soutenir la restauration des capacités fonctionnelles et de surmonter les obstacles au rétablissement. Les biens et services supplémentaires sont notamment :

- les services de traitement des blessures légères additionnelles causées par le même accident;
- les biens exigés pour faire de l'exercice en autonomie ou pour la gestion de la douleur (voire pour ces deux objectifs), par exemple : bande d'exercice Thera-Band, ballon d'exercice, enveloppements chauds et compresses froides, support dorsal Obus Forme et coussin lombaire;

- les appareils et accessoires fonctionnels nécessaires pour poursuivre ou reprendre les activités personnelles ou celles exercées au travail, à l'école ou à la maison, par exemple : casque d'écoute, chariot, appareils orthopédiques;
- les interventions de soutien comme les conseils et l'information visant à faire face à des problèmes psychosociaux liés à un accident, par exemple : la souffrance, la difficulté à faire face aux effets de sa blessure, le stress ou d'autres problèmes liés à la conduite.

Le praticien de la santé, un membre d'une profession de santé réglementée ou un fournisseur de soins de santé approprié peut fournir les biens ou services supplémentaires jugés nécessaires, jusqu'à concurrence de 400,00 \$, sans l'approbation préalable de l'assureur.

e) État au moment du congé au cours ou à la fin de la phase de traitement et documents et facture

Le praticien de la santé déterminera parmi les énoncés suivants la conclusion correspondant à l'état de la personne assurée lorsqu'elle obtient son congé au cours ou à la fin de la phase de traitement, et il fournira les documents exigés selon les besoins :

i. Aucune intervention supplémentaire n'est nécessaire.

- Envoyer le rapport de congé aux fins de la Ligne directrice pour les blessures légères (formulaire FDIO-24) en veillant à ce que toutes les sections applicables soient remplies et en indiquant le statut fonctionnel et le statut d'emploi.
- Envoyer un formulaire FDIO-21 – Version C pour facturer les biens et services fournis durant cette phase.

ii. Une intervention supplémentaire non visée par la présente ligne directrice est nécessaire

- Envoyer le formulaire FDIO-24 en veillant à ce que toutes les sections applicables soient remplies et en indiquant le statut fonctionnel et le statut d'emploi.
- Envoyer un formulaire FDIO-21 – Version C pour facturer les biens et services fournis durant cette phase.
- Informer l'assureur que l'intervention non visée par la présente ligne directrice est recommandée pour la personne assurée en lui faisant parvenir un formulaire FDIO-18 ou renvoyer la personne assurée à un autre praticien de la santé, au besoin.

iii. La personne assurée s'est vu donner son congé du traitement visé par la présente ligne directrice du fait qu'elle n'observait pas les modalités du traitement, n'assistait pas aux séances ou a abandonné de son propre chef le traitement prescrit.

- Envoyer le formulaire FDIO-24 en veillant à ce que toutes les sections applicables soient remplies et en indiquant le statut fonctionnel et le statut d'emploi.
- Envoyer un formulaire FDIO-21 – Version C pour facturer les biens et services fournis durant cette phase.

f) Honoraires pour la phase de traitement (voir l'annexe B, *Tableau des honoraires*)

Les honoraires par tranche qui seront versés pendant la phase de traitement s'élèvent à 775,00 \$ pour les semaines 1 à 4, 500,00 \$ pour les semaines 5 à 8, et 225,00 \$ pour les semaines 9 à 12.

Les honoraires maximums pour les biens et services supplémentaires visés par la présente ligne directrice sont de 400,00 \$ et les honoraires de transfert versés lorsqu'une personne assurée change de praticien de la santé sont de 50,00 \$, payables au praticien de la santé qui reçoit le dossier.

9. Montants payables en vertu des autres assurances et garanties de soins de santé

Le paragraphe 47 (2) de l'AIAL prévoit qu'un assureur automobile n'est pas tenu de payer la portion des dépenses pour laquelle un paiement peut être raisonnablement attendu en vertu d'une autre assurance ou garantie de soins de santé (aux fins de la présente directive, ces garanties sont appelées garanties supplémentaires pour soins de santé (GSSS)).

Les prestations des GSSS que l'assuré peut raisonnablement obtenir pour des services fournis en vertu de la présente directive doivent être déduites des montants autrement payables par l'assureur automobile selon l'Annexe B - Tableau des honoraires. Par exemple, si l'assuré peut raisonnablement obtenir 500 \$ aux termes des GSSS pour les services de traitement prévus dans le cadre des tranches 1, 2 et 3, ce montant doit être déduit des 1 500 \$ que l'assureur automobile devrait autrement payer pour les tranches 1, 2 et 3; en conséquence, l'assureur automobile ne paierait que 1 000 \$ [1 500 \$ - 500 \$] pour les tranches 1, 2 et 3. Toutefois, la somme de 2 500 \$ [3 500 \$ au titre du plafond pour blessures légères - 1 000 \$ versés par l'assureur automobile] serait payable au titre des autres honoraires décrits aux Annexes B et C et pour d'autres interventions s'il est établi qu'elles sont raisonnablement nécessaires en vertu de l'article 38 de l'AIAL.

Lorsqu'une personne assurée bénéficie de GSSS, le fournisseur de soins de santé doit déduire tous les montants qu'elle peut raisonnablement obtenir pour des services de traitement de la tranche visée lorsque le traitement a été fourni.

Veuillez noter que les GSSS qui peuvent raisonnablement être obtenues d'autres sources ne réduisent pas le plafond de 3 500 \$ pour les blessures légères au titre des indemnités pour frais médicaux et de réadaptation prévues au paragraphe 18 (1) de l'AIAL.

Annexe A

Les faits sur le coup de fouet cervical*

Les faits sur le coup de fouet cervical – Stades I et II

Les personnes blessées dans un accident automobile ressentent souvent une raideur des muscles du cou et des tissus mous environnants, ce qu'on appelle le coup de fouet cervical. Cette blessure survient souvent lorsqu'un véhicule est frappé à l'arrière ou sur le côté, causant un mouvement brusque et soudain de la tête et du cou. Le coup de fouet cervical peut rendre les muscles sensibles (stade I) ou limiter les mouvements du cou (stade II). Ce genre de blessure est habituellement temporaire et la plupart des gens qui le subissent s'en remettent parfaitement. Si vous avez davantage de renseignements sur ce genre de blessure, vous pouvez améliorer votre récupération. Cette brochure fait le résumé d'une étude scientifique sur le coup de fouet cervical de stades I et II.

Comprendre le coup de fouet cervical

- La plupart des blessures par coup de fouet cervical ne sont pas graves et guérissent complètement.
- Des signes de blessures graves au cou, telles que les fractures, sont habituellement évidents dans les premières évaluations. Les professionnels de la santé sont formés pour traiter le coup de fouet cervical et savent en reconnaître les signes.
- La douleur, raideur et autres symptômes d'un coup de fouet cervical de stade I ou II surviennent habituellement dans les deux jours suivant l'accident. L'apparition de ces symptômes plus tard n'est pas le signe d'une blessure plus grave.
- Pour de nombreuses personnes, le coup de fouet cervical n'entraîne pas d'interruption des activités normales. Quant aux personnes qui interrompent leurs activités, leur état s'améliore habituellement après quelques jours ou semaines.
- Tout comme c'est le cas avec une foulure de la cheville, une entorse cervicale peut entraîner une douleur, raideur ou être sensible pendant quelques jours ou quelques semaines. Alors que certains patients guérissent rapidement, les symptômes peuvent persister plus longtemps. Dans la plupart des cas de coup de fouet cervical de stade I ou II, ces symptômes disparaissent graduellement lors du retour aux activités habituelles.

Activités quotidiennes et coup de fouet cervical

- La poursuite des activités normales est importante dans le processus de récupération.
- Le repos pendant plus d'une journée ou deux n'aide habituellement pas la guérison et peut même prolonger la douleur et l'invalidité. En ce qui concerne le coup de fouet cervical, il semble que le repos vous rende ankylosé.
- Les muscles blessés peuvent devenir plus raides et faibles lorsqu'ils ne sont pas utilisés. Ceci peut aggraver la douleur et retarder la guérison.
- Le retour aux activités normales peut être accompagné de traitements et d'exercices.
- Le collier cervical empêche le mouvement et peut ajouter à la raideur et la douleur. Le port de ces appareils n'est habituellement pas recommandé car il n'offre que peu ou pas d'avantages.
- Le retour aux activités maintient les tissus mous souples et en santé, ce qui accélère le temps de récupération. L'exercice physique peut aussi relâcher des enzymes qui aident à réduire la douleur de manière naturelle.
- Pour éviter que la douleur devienne chronique, il est important de commencer à bouger le plus tôt possible.

Conseils pour le retour aux activités

- Évitez de demeurer assis dans la même position pendant de longues périodes.
- Levez-vous de temps à autre et étirez-vous.
- Asseyez-vous à votre poste de travail : les bras appuyés près du corps, les dos et les pieds bien appuyés.

- Ajustez votre siège lorsque vous conduisez de sorte que vos coudes et vos genoux sont légèrement fléchis.
- Lorsque vous faites vos courses ou que vous transportez des objets, utilisez un chariot ou tenez les objets près de votre corps pour un meilleur appui.
- Évitez les sports de contact ou les exercices ardues durant les premières semaines afin d'éviter d'aggraver la blessure. Demandez à votre professionnel de la santé si vous pouvez pratiquer d'autres activités sportives ou de loisir.
- Rendez votre lit confortable. L'oreiller devrait être ajusté de manière à soutenir le cou à une hauteur confortable.

Traiter le coup de fouet cervical

- Une recherche indique que pour que le traitement réussisse, le patient doit coopérer et s'efforcer de reprendre ses activités quotidiennes.
- Un professionnel de la santé évaluera vos blessures reliées au coup de fouet cervical et discutera avec vous des options de traitement et de contrôle de la douleur.
- Bien que des médicaments sur ordonnance ne soient habituellement pas nécessaires, il peut vous suggérer de prendre des médicaments en vente libre, en plus d'avoir recours à l'application de glace et de chaleur.
- Votre professionnel de la santé peut vous recommander une physiothérapie appropriée.

Prévenez la douleur chronique

- Certaines personnes souffrant d'un coup de fouet cervical hésitent à reprendre leurs activités, de peur d'aggraver leur blessure. La douleur peut faire en sorte qu'elles surestiment l'étendue des dommages physiques.
- Si votre professionnel de la santé suggère de reprendre vos activités, suivez son conseil.
- Demeurez en contact avec la famille, les amis et les collègues de travail. Vous isoler pourrait mener à la dépression et la douleur chronique.
- Si vous vous sentez découragé ou déprimé pendant votre rétablissement, parlez-en à votre professionnel de la santé.
- Pensez à votre vie en général plutôt qu'à votre blessure.

Évitez de subir un autre coup de fouet cervical

- En ajustant correctement la hauteur des appuie-tête de votre véhicule, vous pourrez prévenir les blessures par coup de fouet cervical advenant un accident. L'ajustement idéal est le suivant : le dessus de la tête doit être aligné avec le dessus de l'appuie-tête et la distance entre le derrière de la tête et l'appuie-tête doit être de 2 à 5 cm.

La présente fournit des renseignements généraux au sujet des blessures par coup de fouet cervical. Elle ne remplace pas les conseils d'un professionnel de la santé qualifié pour évaluer une telle blessure et recommander un traitement.

Les renseignements fournis mettent en lumière les derniers résultats d'une recherche scientifique sur le coup de fouet cervical et ont été approuvés par les organismes suivants :

Bureau d'assurance du Canada (BAC)
 Association chiropratique de l'Ontario (ACO)
 Ontario Massage Therapist Association (OMTA)
 Ontario Physiotherapy Association (OPA)
 Ontario Society of Occupational Therapists (OSOT)

*Cette brochure a initialement été publiée en 2003 et est accessible sur le site www.ibc.ca.

Annexe B

Tableau des honoraires pour les blessures légères visées par la ligne directrice

INTERVENTIONS	HONORAIRES
Vsité initiale (1 séance)	215,00 \$
- Phase de traitement (jusqu'à 12 semaines après l'accident) - Tranche 1 (semaines 1 à 4) - Tranche 2 (semaines 5 à 8) - Tranche 3 (semaines 9 à 12)	775,00 \$ 500,00 \$ 225,00 \$
Surveillance par le praticien de la santé (voir les conditions à la section 8.c) de la présente ligne directrice)	200,00 \$
Remplissage du rapport de congé aux fins de la Ligne directrice pour les blessures légères (formulaire FDIO-24) (payable au moment du congé)	85,00 \$
Biens et services supplémentaires	Jusqu'à un total maximum de 400,00 \$
Droits de transfert en cas de changement de praticien de la santé par la personne assurée	50,00 \$
Honoraires pour les radiographies	Voir l'annexe C

Annexe C
Tableau des honoraires pour les radiographies

DESCRIPTION	HONORAIRES
Colonne cervicale • 1 ou 2 vues • 3 ou 4 vues • 5 ou 6 vues • plus de 6 vues	36,80 \$ 43,91 \$ 50,19 \$ 59,22 \$
Colonne thoracique • 1 ou 2 vues • 3 ou 4 vues	34,34 \$ 45,20 \$
Colonne lombaire ou lombosacrée • 1 ou 2 vues • 3 ou 4 vues • 5 ou 6 vues • plus de 6 vues	36,80 \$ 43,91 \$ 50,19 \$ 58,40 \$

Gouvernement de l'Ontario : Commission des services financiers de l'Ontario

Plan de traitement et d'évaluation (FDIO-18)

Formulaire à utiliser pour les accidents survenus à compter du 1er novembre 1996.

** No de demande :

** No de police :

Date de l'accident (AAAA/MM/JJ) :

Remettre le présent formulaire rempli à :

REMARQUE : Le plan de traitement et d'évaluation (FDIO-18) n'est pas nécessaire pour faire les réclamations suivantes :

- les services d'ambulance ou les autres biens ou services fournis en cas d'urgence au plus 5 jours ouvrables après l'accident;
- les médicaments prescrits par un membre d'une profession de la santé réglementée;
- les biens coûtant au plus 250 \$ par article;
- les biens ou les services dentaires (mentionnés dans le formulaire normalisé de demande de paiement).

S'il s'agit d'une déficience visée par la directive relative aux blessures mineures (accidents survenus à compter du 1er septembre 2010) ou par une directive relative à un cadre de traitement préapprouvé (accidents survenus avant le 1er septembre 2010), utiliser le formulaire FDIO-23 (Confirmation du traitement) plutôt que le présent formulaire.

Auteur de la demande :

Veillez fournir les renseignements à inscrire aux parties 1, 2 et 3. Après que le membre d'une profession de la santé réglementée qui s'occupe de vous aura passé en revue avec vous votre plan de traitement et d'évaluation, signez à la partie 10. Le membre d'une profession de la santé réglementée remplira les autres parties du formulaire.

La collecte, l'utilisation et la divulgation de l'information demandée sont assujetties aux lois applicables sur la protection de la vie privée. D'autres divulgations et consentements peuvent être requis selon le mode d'utilisation ou de divulgation.

Toute pièce jointe est envoyée directement à l'assureur.

Tous les champs doivent être remplis sous réserve des exceptions suivantes :

*** obligatoire si le renseignement est connu;**

**** au moins un champ dans cette section;**

***** facultatif.**

Membre d'une profession de la santé réglementée ou établissement :

Dans la mesure du possible, le présent plan de traitement et d'évaluation doit inclure tous les biens et services envisagés par le membre d'une profession de la santé réglementée qui est désigné à la partie 5.

La partie 4 doit être signée par un praticien de la santé (chiropraticien, dentiste, infirmier praticien, ergothérapeute, optométriste, médecin, physiothérapeute, psychologue, orthophoniste).

Consentement : Le membre d'une profession de la santé réglementée doit s'assurer qu'un formulaire de consentement autorise sa collecte, son utilisation et sa divulgation des renseignements fournis. Il peut utiliser à cet effet le formulaire FDIO-5 (*Autorisation de divulguer des renseignements médicaux*).

Partie 1 Auteur de la demande

Renseignements fournis par l'auteur de la demande

Date de naissance (AAAA/MM/JJ) :

Sexe : Masculin Féminin

*Numéro de téléphone : Poste :

Nom de famille :

Prénom :

*** Second prénom :

Adresse :

Ville :

Province:

Code postal :

Partie 2 Assureur

Renseignements fournis par l'auteur de la demande

Nom de l'assureur :

Localité de la succursale (le cas échéant) :

* Nom de famille de l'expert en assurances :

* Prénom de l'expert en assurances :

* Numéro de téléphone de l'expert en assurances : Poste :

* Numéro de télécopieur de l'expert en assurances :

** Nom du titulaire de la police

Auteur de la demande , OU :

** Nom de famille du titulaire de la police :

* Prénom du titulaire de la police :

Partie 3 Autre assurance

Remplie par le membre d'une profession de la santé réglemen-tée qui est désigné à la partie 5 avec les renseignements fournis par l'auteur de la demande

AUTRE ASSURANCE :

Les biens et services énumérés dans le présent plan de traitement et d'évaluation sont-ils couverts par une autre assurance?

Après avoir posé des questions raisonnables à l'auteur de la demande, j'ai déterminé que :

NON, Aucune autre assurance mentionnée ne couvre ces biens et services.

OUI, Une autre assurance pourrait couvrir la totalité ou une partie de ces biens et services.

MSSLD

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) couvre-t-il les biens et services mentionnés dans le présent plan? Oui Non Sans objet

Autre assureur 1

* Nom de l'autre assureur :

* Numéro de l'autre régime ou police d'assurance :

* Nom du participant au régime :

* Code d'identification de l'autre assureur :

Autre assureur 2

* Nom de l'autre assureur :

* Numéro de l'autre régime ou police d'assurance :

* Nom du participant au régime :

* Code d'identification de l'autre assureur :

Partie 4 Signature du praticien de la santé

Certification du plan de traitement et d'évaluation

Nom du praticien de la santé :

Numéro d'inscription à l'Ordre :

Nom de l'établissement (le cas échéant) :

Numéro d'établissement aux fins de la FAAS (le cas échéant) :

Adresse :

Ville :

Province :

Code postal :

Numéro de téléphone : * Poste :

* Numéro de télécopieur :

* Adresse de courriel :

Vous êtes :

Chiropraticien

Dentiste

Infirmier praticien

Ergothérapeute

Optométriste

Médecin

Physiothérapeute

Psychologue

Orthophoniste

Si l'accident est survenu avant le 1er septembre 2010 :
S'agit-il d'une déficience visée par une directive relative à un cadre de traitement préapprouvé? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez expliquer, conformément à la directive et en mentionnant expressément celles de ses dispositions sur lesquelles vous vous fondez, pourquoi le présent plan de traitement et d'évaluation FDIO-18 est présenté plutôt que le formulaire FDIO-23 (Confirmation du traitement) :

Si l'accident est survenu à compter du 1er septembre 2010 :
S'agit-il d'une déficience qui est surtout une blessure mineure visée par la directive relative aux blessures mineures? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez expliquer, en fournissant des preuves, pourquoi l'auteur de la demande n'est pas visé par la directive en raison d'un problème de santé préexistant qui l'empêchera de se rétablir complètement de la blessure mineure s'il est assujetti à la limite de 3 500 \$ ou s'il n'a droit qu'aux biens et services autorisés par la directive.

Envoyez toute pièce jointe directement à l'assureur.

Je confirme que, à ma connaissance, les renseignements que contient le présent plan de traitement et d'évaluation sont exacts, que le membre d'une profession de la santé réglementée qui est désigné à la partie 5 a passé le plan en revue avec l'auteur de la demande et que les produits et services envisagés sont raisonnables et nécessaires pour le traitement des blessures indiquées à la partie 6 et la réadaptation de l'auteur de la demande.

JE COMPRENDS QUE LA LOI SUR LES ASSURANCES CONSIDÈRE COMME UNE INFRACTION LE FAIT DE faire sciemment une déclaration ou une affirmation fausse ou trompeuse à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance.

JE COMPRENDS QUE LE CODE CRIMINEL (CANADA) CONSIDÈRE COMME UNE INFRACTION LE FAIT DE frauder ou tenter de frauder un assureur par supercherie, mensonge ou tout autre acte malhonnête. Les renseignements serviront à traiter les paiements des indemnités réclamées, à déterminer et à analyser la nature, les effets et les coûts des produits et services fournis aux victimes d'accidents d'automobile par les fournisseurs de soins de santé, ainsi qu'à **DÉTECTER ET À PRÉVENIR LES FRAUDES..**

Nom du praticien de la santé :

Signature du praticien de la santé

Date: Année Mois Jour

Partie 5 Signature du membre d'une profession de la santé réglementée

Préparation et supervision du plan de traitement et d'évaluation

Même personne que celle désignée à la partie 4 : cochez cette case
et

NE REMPLISSEZ PAS la partie 5

Nom du membre d'une profession de la santé réglementée :

Numéro d'inscription à l'Ordre :

Nom de l'établissement (le cas échéant) :

Numéro d'établissement aux fins de la FAAS (le cas échéant) :

Adresse :

Ville :

Province :

Code postal :

Numéro de téléphone : *Poste :

* Numéro de télécopieur :

* Adresse de courriel :

You are a:

- Chiropraticien
- Dentiste
- Massothérapeute
- Infirmier
- Ergothérapeute
- Optométriste
- Médecin
- Physiothérapeute
- Psychologue
- Orthophoniste
- Travailleur social
- Autre :

JE CONFIRME QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SONT VÉRIDIQUES ET EXACTS.

JE COMPRENDS QUE LA LOI SUR LES ASSURANCES CONSIDÈRE COMME UNE INFRACTION LE FAIT DE faire sciemment une déclaration ou une affirmation fausse ou trompeuse à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance.

JE COMPRENDS AUSSI QUE LE CODE CRIMINEL (CANADA) CONSIDÈRE COMME UNE INFRACTION LE FAIT DE frauder ou tenter de frauder un assureur par supercherie, mensonge ou tout autre acte malhonnête.

Nom du membre d'une profession de la santé réglementée :

Signature du membre d'une profession de la santé réglementée

Date: Année Mois Jour

Membre d'une profession de la santé réglementée désigné à la partie 5 :

Veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous en vous fondant sur votre examen le plus récent de l'auteur de la demande et retourner le formulaire à l'assureur désigné à la partie 2. **Veuillez écrire**

lisiblement.

Décrivez (en commençant par les plus importantes) les plaintes, les blessures et les séquelles qui résultent directement de l'accident d'automobile et indiquez les codes ICD-10-CA correspondants (consultez le guide de l'utilisateur à www.hcaiinfo.ca pour en savoir plus sur ces codes).

Description	Code

Partie 7 Problèmes de santé antérieurs et parallèles

a) Avant l'accident, l'auteur de la demande avait-il une maladie, un problème de santé ou une blessure qui pourrait influencer sur sa réaction au traitement administré pour soigner les blessures mentionnées à la partie 6?
Non Ne sais pas Oui (veuillez préciser)

Dans l'affirmative, l'auteur de la demande a-t-il subi des examens ou reçu des traitements pour cette maladie, ce problème ou cette blessure au cours de la dernière année?
Non Ne sais pas Oui (veuillez préciser et indiquer le nom du fournisseur si vous le connaissez)

b) Depuis l'accident d'automobile, l'auteur de la demande a-t-il contracté ou subi une autre maladie, un autre problème de santé ou une autre blessure sans rapport avec l'accident qui pourrait influencer sur sa réaction au traitement administré pour soigner les blessures mentionnées à la partie 6?
Non Ne sais pas Oui (veuillez préciser)

Envoyez toute pièce jointe directement à l'assureur.

Partie 8 Restrictions relatives aux activités

a) Est-ce que les déficiences de l'auteur de la demande qui découlent des blessures mentionnées à la partie 6 limitent sa capacité d'exercer :

Ses activités professionnelles? Sans emploi Non Ne sais pas Oui
Ses activités quotidiennes normales? Non Ne sais pas Oui

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

c) Si l'auteur de la demande n'est plus capable d'exercer ses fonctions professionnelles depuis l'accident, l'employeur est-il en mesure d'adapter adéquatement son emploi?
Sans emploi Oui Ne sais pas Non (please explain)

Partie 9 Objectifs du plan, méthodes d'évaluation des résultats et obstacles au rétablisse-ment

a) Objectifs:

- (i) Indiquez les objectifs du présent plan de traitement et d'évaluation à l'égard des déficiences, des symptômes ou de la pathologie de l'auteur de la demande :
- Réduction de la douleur
 - Augmentation de l'amplitude des mouvements
 - Augmentation de la force
 - Autre / sans objet (veuillez préciser) (please specify)

et

- (ii) Précisez les objectifs fonctionnels du présent plan de traitement et d'évaluation :
- Retour aux activités quotidiennes normales
 - Retour aux activités professionnelles exercées avant l'accident
 - Retour à des activités professionnelles adaptées
 - Autre / sans objet (veuillez préciser) (please specify)

b) Évaluation :

- (i) Comment les progrès vers les objectifs mentionnés en a) (i) et (ii) seront-ils évalués?

(ii) * Dans le cas d'un plan de traitement et d'évaluation subséquent, quelle amélioration avez-vous constatée à la fin du plan précédent en vous fondant sur votre méthode d'évaluation?

Envoyez toute pièce jointe directement à l'assureur.

c) Obstacles au rétablissement :

(i) Avez-vous constaté d'autres obstacles au rétablissement? Non Oui (veuillez préciser)

(ii) * Proposez-vous des recommandations ou des stratégies pour surmonter ces obstacles ? Non Oui (veuillez préciser)

d) Traitement parallèle :

Savez-vous si des traitements parallèles non mentionnés dans le présent plan de traitement et d'évaluation seront fournis par d'autres fournisseurs ou établissements? Non Oui (veuillez préciser)

Partie 10 Signature de l'auteur de la demande

J'ai examiné et j'accepte le présent plan de traitement et d'évaluation. Je sais que tout paiement lié à ce plan est conditionnel à l'approbation de l'assureur.

Je sais que si mon assureur n'accepte pas de payer tous les biens et services envisagés dans le présent plan de traitement et d'évaluation, on pourrait exiger un examen pour déterminer mon admissibilité à ces produits et services.

Si l'on demande un examen, j'autorise mon assureur et mes fournisseurs de soins de santé à ne divulguer à la personne désignée par mon assureur pour évaluer la présente demande que les renseignements concernant mon état de santé ainsi que les traitements et services de réadaptation reçus en raison de l'accident, selon ce qui est raisonnablement nécessaire pour déterminer mon admissibilité aux indemnités.

Comme l'exige la loi, une copie du rapport d'examen et la décision de l'assureur me seront envoyées.

Sous réserve de l'Annexe sur les indemnités d'accident légales et dans le cas où une autorisation préalable est exigée, je sais que si j'utilise un service proposé par mon fournisseur avant que l'assureur l'approuve, je peux être tenu de le payer moi-même.

JE CONFIRME QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SONT VÉRIDIQUES ET EXACTS.

JE COMPRENDS QUE LA LOI SUR LES ASSURANCES CONSIDÈRE COMME UNE INFRACTION LE FAIT DE faire sciemment une déclaration ou une affirmation fausse ou trompeuse à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance.

JE COMPRENDS AUSSI QUE LE CODE CRIMINEL (CANADA) CONSIDÈRE COMME UNE INFRACTION LE FAIT DE frauder ou tenter de frauder un assureur par supercherie, mensonge ou tout autre acte malhonnête.

Nom de l'auteur de la demande ou du mandataire spécial :

Signature de l'auteur de la demande ou du mandataire spécial

Date: Année Mois Jour

FDIO-18 ASSUREUR – ENVOYER PAR TÉLÉCOPIEUR

Auteur de la demande :

Fournisseur :

Télec. du fournisseur :

Numéro de police :

Numéro de demande :

Date de l'accident :

Partie 11 Fournisseurs de soins de santé

Référence du fournisseur	†Type de fournisseur	Fournisseur Nom de famille	Fournisseur Prénom	Réglementé No d'inscription à l'Ordre)	Non réglementé (No aux fins de la FAAS le cas échéant)	Tarif horaire (le cas échéant)
A						
B						
C						
D						
E						

F						

Partie 12 Biens et services proposés nécessitant l'approba-tion de l'assureur

Dans la mesure du possible, le présent plan de traitement et d'évaluation doit inclure **tous les biens et services (BS)** envisagés pour la durée du plan par le membre d'une profession de la santé réglementée qui est désigné à la partie 5.

G/S Ref	Description	†Code	†Attribut	Réf. du fournisseur	Estimation Quantité	†Estimation Mesure	Estimation Coût	Prévision Nbre total	Prévision Coût total
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
Durée estimée du présent plan :					semaines	Sous-total :			
*Combien de consultations avez-vous déjà effectuées?					*consultations	Moins MSSLD :			
Remarque : † Consultez les directives sur les codes dans le guide de l'usager affiché à www.hcaiinfo.ca .						Moins autre assureur 1+2 :			
Les codes d'attribut apportent des précisions sur les codes de services et sont décrits dans le guide.						TAXE (le cas échéant) :			
Le paiement des frais par l'assureur automobile est consécutif aux indemnités accessoires disponibles.						Total – assureur automobile :			

* Veuillez ajouter tout commentaire supplémentaire concernant les biens et services proposés :

[illegible]

Joignez-vous des pièces? Oui Non

Dans l'affirmative, combien?

Envoyez toute pièce jointe directement à l'assureur.

Partie 13 Signature de l'assureur

*** Je renonce à l'obligation de l'auteur de la demande relative à sa signature.

J'ai examiné le présent plan de traitement et d'évaluation et, en me fondant sur les renseignements fournis :

je l'approuve je l'approuve en partie je ne l'approuve pas

L'*Annexe sur les indemnités d'accident légales* précise que l'assureur doit, dans les 10 jours ouvrables de la réception du présent plan de traitement et d'évaluation, donner à l'auteur de la demande un avis indiquant les biens et services envisagés par le plan que l'assureur paiera ou non.

Nom de l'expert en assurances :

Signature de l'expert en assurances

Date: Année Mois Jour

Assureur : Veuillez fournir une copie de la présente page à l'auteur de la demande, au praticien de la santé désigné à la partie 4 et au membre d'une profession de la santé réglementée qui est désigné à la partie 5.

Remarque : Les honoraires liés au traitement du présent formulaire ne sont pas couverts par le MSSLD et doivent être facturés directement à l'assureur. Le membre d'une profession de la santé réglementée qui est désigné à la partie 5 doit fournir à chacun des fournisseurs de soins de santé désignés à la partie 11 des renseignements détaillés sur les services et les autres frais qui sont approuvés et remboursables dans le cadre du présent plan de traitement et d'évaluation.