

Formulaire à renvoyer à l'adresse suivante :

## Programme de traitement (OCF-18)

Formulaire à utiliser pour les accidents survenus à partir du 1<sup>er</sup> novembre 1996.

N° de la demande :

N° de la police :

Date de l'accident :  
(AAAAMMJJ)

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

### À l'attention du demandeur :

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

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

Veuillez fournir tous les renseignements demandés.

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

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

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

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

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

### Partie 1 Renseignements sur le demandeur

À remplir par le demandeur

Date de naissance (AAAAMMJJ)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Téléphone - -
Nom		
Prénom		Second prénom
Adresse		
Ville	Province	Code postal

### Partie 2 Renseignements sur l'assureur

À remplir par le demandeur

Nom de l'assureur		Localité de la succursale (s'il y a lieu)
Nom de l'expert		Prénom de l'expert
Téléphone de l'expert - -	Poste	Télécopieur de l'expert - -
Nom du titulaire de la police identique au <input type="checkbox"/> demandeur OU	Nom du titulaire de la police	Prénom du titulaire de la police

### Partie 3 Autre assurance

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

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

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

**Partie 4**  
**Définition d'un**  
**conflit**  
**d'intérêts**

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

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

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

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

**Partie 5**  
**Signature du**  
**praticien de la**  
**santé**  
Certification du  
programme

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

**Partie 6**  
**Signature du**  
**praticien de la**  
**santé**  
**réglementé ou**  
**du travailleur**  
**social**  
Préparation et  
supervision du  
programme  
S'il s'agit de la  
même personne que  
celle désignée à la  
partie 5, cochez  
cette case  et **NE**  
**REPLISSEZ PAS**  
**la partie 6.**

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

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

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

**Partie 7**  
**Blessures et**  
**séquelles**

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

Description	Code

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

**Partie 8**  
**Affections**  
**antérieures et**  
**parallèles**

Feuilles  
supplémentaires jointes

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

Dans l'affirmative, le demandeur a-t-il passé des examens ou reçu des traitements pour cette maladie, cette affection ou cette lésion au cours de l'année écoulée?  
 Non     Ne sais pas     Oui (veuillez préciser et nommer le fournisseur, s'il est connu)

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

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

Feuilles supplémentaires jointes

**Partie 9**  
**Restrictions**  
**relatives aux**  
**activités**

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

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

ses activités quotidiennes normales     Non     Ne sais pas     Oui

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

c) Si le demandeur est incapable de poursuivre une activité qu'il effectuait avant l'accident, l'employeur est-il en mesure d'adapter adéquatement le cadre d'emploi du demandeur?  
 Sans emploi     Oui     Ne sais pas     Non (veuillez expliquer)

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

a) **Objectifs :**  
(i) Identifiez l'objectif ou les objectifs visés par ce Programme de traitement en rapport avec la ou les déficiences, le ou les symptômes ou la pathologie du demandeur :

<input type="checkbox"/> réduction de la douleur	<input type="checkbox"/> augmentation de l'amplitude des mouvements
<input type="checkbox"/> augmentation de la force	<input type="checkbox"/> autre(s) (précisez)

**et**

(ii) Précisez le ou les objectifs fonctionnels visés par ce Programme de traitement :

<input type="checkbox"/> retour aux activités quotidiennes normales	<input type="checkbox"/> retour aux activités professionnelles pratiquées avant l'accident
<input type="checkbox"/> retour à des activités professionnelles modifiées	<input type="checkbox"/> autre(s) (précisez)

b) **Évaluation :**  
(i) Comment sera évaluée la progression vers l'atteinte des objectifs fixés aux points a (i) et a (ii)?

(ii) S'il s'agit d'un programme de traitement subséquent, quelle amélioration avez-vous constatée à la fin du traitement précédent, en vous appuyant sur votre propre méthode d'évaluation?

Feuilles supplémentaires jointes

c) **Obstacles au rétablissement :**  
(i) Avez-vous identifié d'autres obstacles au rétablissement?  Non  Oui (précisez)

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

d) **Traitements parallèles :**  
Savez-vous si des traitements parallèles non inclus dans le présent Programme de traitement seront prodigués par d'autres fournisseurs ou établissements?  
 Non  Oui (précisez)

e) **Cohérence :**  
Y a-t-il des lignes directrices de pratique applicables au traitement proposé?  
 Oui (nommez les lignes directrices) :  
 Non (précisez) :

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

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

**Partie 11  
Fournisseurs  
de soins de  
santé /  
travailleurs  
sociaux**

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

**Partie 12 Produits et services proposés**

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

Réf. P/S	Description	Code	Attribut	Réf. du fournisseur	Estimation par jour			Prévision	
					Quantité	Mesure	Coût	Nombre total	Coût total
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
Durée prévue du programme de traitement :				semaines		Total partiel :			
Combien de consultations avez-vous déjà effectuées :				visites		Moins MSSLD :			
Remarque <sup>1</sup> : Consultez le Guide de l'utilisateur ( <a href="http://www.hcaiinfo.ca">www.hcaiinfo.ca</a> ) pour tout renseignement sur les codes.  Les codes d'attribut servent à donner des précisions additionnelles sur les codes de services. On les retrouve également dans le guide de l'utilisateur.  Le paiement de ces frais par l'assureur automobile est consécutif aux indemnités accessoires disponibles.						Moins autres assureurs 1 + 2 :			
						TPS (s'il y a lieu) :			
						TVP (s'il y a lieu) :			
						Total de l'assureur automobile :			
Indiquez tout commentaire supplémentaire en rapport avec les produits et services proposés :									
<input type="checkbox"/> Feuilles supplémentaires jointes									

**Partie 13  
Signature de  
l'assureur**

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

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

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

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

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

Nom de l'expert (en lettres moulées)	Signature de l'expert	Date (AAAAMMJJ)
--------------------------------------	-----------------------	-----------------

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

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

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

**Partie 14**  
**Signature du**  
**demandeur**

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

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

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

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

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

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

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

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

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