

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

\*\*N° de la demande :

\*\*N° de la police :

Date de l'accident:  
(AAAAMMJJ)

Ce formulaire est à utiliser pour les accidents survenus à partir du 1<sup>er</sup> novembre 1996 et pour des produits et services médicaux et de réhabilitation payables par un assureur automobile. Vous trouverez sur le site [www.hcaiinfo.ca](http://www.hcaiinfo.ca) un guide de l'usager qui vous aidera à remplir le formulaire et ses différentes versions.

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

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

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

\*renseignement à fournir si on le connaît  
\*\*au moins un champ dans cette partie  
\*\*\*facultatif

## Partie 1 Renseignements sur le demandeur

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

## Partie 2 Renseignements sur l'assureur

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

## Partie 3 Renseignements sur la facture

N° de facture	
1 <sup>re</sup> facture	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2 <sup>e</sup> facture	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

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

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

## Partie 4 Renseignements sur le bénéficiaire

Nom de l'établissement (s'il y a lieu)	Code d'identification de l'établissement selon la FAAS (s'il y a lieu)		
Nom du bénéficiaire	Prénom du bénéficiaire	N° du bénéficiaire (s'il y a lieu)	
Adresse			
Ville	Province	Code postal	
Téléphone	Poste	*Télécopieur	
*Courriel			
<input type="checkbox"/> Je déclare que cette facture ne me place devant aucun conflit d'intérêts et qu'après avoir effectué des vérifications raisonnables, j'ai établi qu'il n'y a pas de conflit d'intérêts relativement à cette facture de la part de quiconque ayant recommandé le demandeur à une personne qui a fourni les produits et services indiqués dans cette facture. <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Je déclare que cette facture occasionne les situations de conflit d'intérêts suivantes :			
<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. Ces renseignements serviront à traiter les paiements des indemnités réclamées, à déterminer et à analyser la nature et les coûts des produits et services fournis aux victimes d'accidents d'automobile par les fournisseurs de soins de santé ainsi qu'à empêcher les fraudes et à les détecter lorsqu'il existe des motifs raisonnables de soupçonner une telle éventualité.</p>			
Nom du professionnel de la santé, du travailleur social ou du signataire autorisé (en lettres moulées)	Signature du professionnel de la santé, du travailleur social ou du signataire autorisé		Date (AAAAMMJJ)





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

<b>AUTRE ASSURANCE :</b> J'ai effectué des vérifications raisonnables sur le demandeur et j'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 cette facture? <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
Les détails sur l'autre assureur ne sont pas requis s'ils sont identiques à ceux figurant dans un programme pré-autorisé.		

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

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

Chèque à l'ordre de :	
***Autres renseignements :	
Avez-vous des pièces à joindre? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Dans l'affirmative, combien? _____	
Envoyez les pièces jointes directement à l'assureur.	

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



Frais remboursables selon les Lignes directrices pré-autorisées :			
Description	Code	Attribut	Coût
* Consultez le guide de l'utilisateur ( <a href="http://www.hcaiinfo.ca">www.hcaiinfo.ca</a> ) pour tout renseignement sur la classification.			<b>Total des frais relevant des LDPA :</b>

Autres produits et services remboursables approuvés par l'assureur :											
Date du service			Description	Code	Attribut	Référence du fournisseur	Quantité	Mesure	TPS (4)	TVP (4)	Coût
AAAA	MM	JJ									
* Consultez le guide de l'utilisateur ( <a href="http://www.hcaiinfo.ca">www.hcaiinfo.ca</a> ) pour tout renseignement sur la classification.								<b>Total des autres produits et services :</b>			

Autre assurance (pour les produits et services sur la présente facture)	MSSLD	Assur. 1	Assur. 2	Activité du compte depuis dernière facture (si des intérêts sont imputés)		Total partiel :	
	Chiropraxie :						Moins MSSLD :
	Physiothérapie :				Solde antérieur :		Moins autres assureurs 1 + 2 :
	Massothérapie :				Paiement reçu de l'assureur auto. :		TPS (s'il y a lieu) :
	<sup>1</sup> Autre type de services :				<sup>2</sup> Montant en souffrance :		TVP (s'il y a lieu) :
	<b>Total :</b>						<sup>2</sup> Intérêts :
	<sup>1</sup> Précisez l'autre type de services:				<sup>4</sup> L'assureur paiera les intérêts sur les montants en souffrance conformément à l'Annexe sur les indemnités d'accident légales.		<b>Total de l'assureur automobile :</b>

Chèque à l'ordre de : \_\_\_\_\_

\*\*\*Autres renseignements :

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

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