

# Confirmation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées (FDIO-23/198)

Formulaire à utiliser pour les accidents survenus à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2003

N° de la demande :	
N° de la police :	
Date de l'accident : (AAAAMJJ)	

## À l'attention du demandeur :

Remplissez les parties 1 et 2. Par la suite, une fois que votre professionnel de la santé aura examiné avec vous votre formulaire de confirmation de traitement, veuillez signer la partie 13.

Votre praticien de la santé 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).**

La collecte, l'utilisation et la divulgation de ces renseignements sont assujetties aux lois relatives à la protection de la vie privée. Il est possible que des divulgations et des consentements supplémentaires soient requis selon la façon dont les renseignements sont utilisés et divulgués.

Veuillez fournir tous les renseignements demandés.

## Partie 1 Renseignements sur le demandeur

À remplir par le demandeur

Date de naissance (AAAAMJJ)	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

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 premier praticien de la santé à partir des renseignements fournis par le demandeur

<b>AUTRE ASSURANCE</b> : Y a-t-il d'autres assurances couvrant des produits ou des services énumérés dans ce formulaire de Confirmation du 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 formulaire de Confirmation du 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

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

Une Confirmation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées 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 la Confirmation du 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.

**Partie 5**  
**Signature du**  
**premier**  
**praticien de**  
**la santé**

Nom du premier praticien de la santé (en lettres moulées)		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
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 ne suis pas le premier praticien de la santé chargé du dossier. <b>Déclaration à l'égard du conflit d'intérêts</b> <input type="checkbox"/> Je déclare que cette Confirmation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées 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 cette Confirmation de la part de quiconque ayant recommandé le demandeur à une personne qui fournira les produits et services prévus dans ce formulaire. OU <input type="checkbox"/> Je déclare les conflits d'intérêts suivants relativement à cette Confirmation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées :			
J'atteste que les produits et services prévus sont raisonnables et nécessaires pour le traitement des blessures du demandeur indiquées à la partie 6 et la réadaptation de ce dernier, et que le traitement proposé est conforme aux Lignes directrices pré-autorisées. J'ai passé en revue le traitement proposé avec le demandeur.  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, 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.			
Nom du premier praticien de la santé (en lettres moulées)		Signature du premier praticien de la santé	Date (AAAAMMJJ)

**À l'intention du professionnel de la santé :**

Veuillez fournir les renseignements suivants en vous fondant sur votre examen le plus récent du demandeur susmentionné et retourner le formulaire à l'assureur indiqué à la partie 2. **Veuillez écrire lisiblement.**

**Partie 6**  
**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 <sup>†</sup> correspondants.	
Description	† Code
Remarque <sup>†</sup> : Consultez le guide de l'utilisateur ( <a href="http://www.hcaiinfo.ca">www.hcaiinfo.ca</a> ) pour tout renseignement concernant la classification ICD-10-CA.	

**Partie 7**  
**Affections**  
**antérieures**  
**et parallèles**

a) Le demandeur occupait-il un emploi au moment de l'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) 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 6? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui (veuillez préciser)
c) Si oui à la question b, 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? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui (veuillez préciser en identifiant le fournisseur, s'il est connu)

**Partie 8**  
**Obstacles**  
**au rétablis-**  
**sement :**

a) Avez-vous identifié des obstacles au rétablissement qui peuvent nuire au succès du traitement particulier appliqué à ce demandeur? (Pour vous aider à repérer les obstacles au rétablissement, veuillez consulter le guide de l'utilisateur à l'adresse <a href="http://www.hcaiinfo.ca">www.hcaiinfo.ca</a> .) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (veuillez préciser)
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nom du demandeur :		<b>FDIO23/198 – À RETOURNER PAR TÉLÉCOPIEUR</b>	N° de la police :	
Nom du fournisseur :			N° de la demande :	
Télécopieur du fournisseur :			Date de l'accident :	

<b>Partie 9 Services pré-autorisés en vertu des Lignes directrices pré-autorisées</b>			
Catégorie	Description	Frais maximum	Frais estimés
Lignes directrices pré-autorisées (spécifiez la directive concernée)			
Produits et services supplémentaires			
Autres services pré-autorisés (y compris la radiologie)			
<b>Partie 9 – Total partiel</b>			

### Partie 10 Autres fournisseurs de soins de santé

(seulement si les services énumérés à la partie 11 sont dispensés par d'autres fournisseurs)

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

### Partie 11 Autres produits et services régis par les Lignes directrices pré-autorisées et nécessitant l'approbation de l'assureur

Description	†Code	†Attribut	Référence du fournisseur	Estimation		
				Quantité	†Mesure	Coût

**Remarque †:** Pour connaître les lignes directrices relatives à la classification, consultez le guide de l'utilisateur à l'adresse [www.hcaiinfo.ca](http://www.hcaiinfo.ca). Les codes d'attribut sont nécessaires pour préciser les codes de services. On les retrouve également dans le guide de l'utilisateur.

**Partie 11 – Total partiel :**

**Total :**

Expliquez brièvement la raison pour laquelle les produits et les services de la partie 11 sont proposés et l'objectif du traitement :

### Partie 12 Signature de l'assureur

<input type="checkbox"/> Je renonce à l'obligation de faire signer le demandeur.		
<input type="checkbox"/> J'ai examiné le présent formulaire de Confirmation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées et, en m'appuyant sur les renseignements obtenus, je confirme que la police indiquée à la partie 2 était en vigueur au moment de l'accident.		
Si d'autres produits ou services nécessitant l'autorisation de l'assureur ont été proposés à la partie 11,		
<input type="checkbox"/> je les approuve <input type="checkbox"/> je les approuve en partie <input type="checkbox"/> je ne les approuve pas (raisons jointes ou à suivre)		
Nom de l'expert (en lettres moulées)	Signature de l'expert	Date (AAAAMJJ)
<b>À l'assureur :</b> Veuillez fournir une copie de la présente page au demandeur et au premier professionnel de la santé chargé du dossier indiqué à la partie 5.		

J'ai examiné ce formulaire. J'ai été avisé du traitement proposé et je l'accepte. J'atteste que, à ma connaissance, les renseignements que j'ai fournis sont exacts. Le paiement de ce traitement est pré-autorisé ou/et subordonné à l'approbation de l'assureur. En ce qui concerne les services nécessitant l'approbation de l'assureur, je comprends que si j'entreprends ces services avant leur approbation par l'assureur, je pourrai être responsable envers mon fournisseur de tout produit ou service fourni. Tous les services peuvent être assujettis à des critères ou des exclusions concernant la couverture.

Je consens à la communication de renseignements personnels entre le premier praticien de la santé chargé du dossier et mon assureur. Si ce formulaire FDIO-23/198 n'est pas rempli par le premier praticien de la santé, je consens à ce que l'assureur communique avec ce praticien dans le but de déterminer le montant des produits et services fournis dans le cadre de Lignes directrices pré-autorisées.

**À L'INTENTION DE L'ASSUREUR AUQUEL LA PRÉSENTE DEMANDE EST PRÉSENTÉE :**

**JE RECONNAIS** que vous-même et les personnes agissant en votre nom collecterez et utiliserez des renseignements personnels (sur la santé et autres) me concernant qui se rapportent à mes demandes d'indemnités d'accident liées à l'accident décrit dans la présente demande, et que tous ces renseignements seront obtenus directement de moi-même, ou de toute autre personne avec mon consentement.

**JE RECONNAIS ÉGALEMENT** que ces renseignements seront collectés et utilisés uniquement tel que cela sera raisonnablement nécessaire pour les activités suivantes :

- enquêter sur mes demandes d'indemnités et les traiter conformément à la loi, y compris la *Police d'assurance-automobile de l'Ontario*;
- obtenir ou vérifier les renseignements relatifs à mes demandes d'indemnités afin d'établir mes droits et le montant correct à verser;
- recouvrer des sommes des assureurs et des autres parties responsables en droit pour les montants que vous versez relativement à mes demandes d'indemnités;
- déterminer et analyser la nature et les coûts des produits et services fournis aux victimes d'accidents d'automobile par les fournisseurs de soins de santé;
- empêcher les fraudes et les détecter lorsqu'il existe des motifs raisonnables de soupçonner une telle éventualité;
- compiler des statistiques anonymes pour des institutions gouvernementales;
- évaluer les risques liés à la souscription et les données relatives aux demandes d'indemnités.

**JE RECONNAIS ÉGALEMENT** que vous-même et les personnes agissant en votre nom pouvez divulguer ces renseignements aux personnes suivantes, qui peuvent à leur tour collecter et utiliser cette information uniquement tel que cela sera raisonnablement nécessaire pour vous permettre de réaliser les activités susmentionnées :

- assureurs, experts d'assurance, agents et courtiers; employeurs; professionnels de la santé; hôpitaux; comptables; conseillers financiers; avocats; organisations qui compilent l'information concernant les demandes d'indemnités et la souscription pour l'industrie des assurances; les mandataires ou représentants que je désignerai pour agir en mon nom, le cas échéant.

**JE CONSENS** à ce que vous collectiez, utilisiez et divulguiez ces renseignements de la manière indiquée ci-avant, dans la mesure où il ne s'agit que des renseignements raisonnablement nécessaires pour atteindre le but légitime de cette collecte, utilisation ou divulgation.

**JE RECONNAIS** que je peux en toute liberté consulter le représentant de ma compagnie d'assurance ou mon conseiller juridique avant de signer le présent document si j'ai des questions concernant ce consentement

**JE RECONNAIS ÉGALEMENT** que vous-même et les personnes agissant en votre nom pourriez être dans l'obligation de divulguer ces renseignements à d'autres parties à mon insu ou sans mon consentement, ou être autorisés par la loi à le faire.

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 *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)
--------------------------------------------------------	-----------------------------------------	----------------