

**Au praticien de la santé ou à l'établissement**

**Consentement** : Il incombe au praticien de la santé ou à l'établissement de s'assurer qu'il est autorisé par un formulaire de consentement à collecter, utiliser et divulguer les renseignements transmis. Les praticiens ou établissements de santé devraient utiliser le formulaire de demande d'indemnités de l'Ontario n° 5 (FDIO-5) intitulé *Autorisation de divulguer des renseignements médicaux* à titre de formulaire de consentement. Il est possible que des divulgations et des consentements supplémentaires soient requis selon la façon dont les renseignements sont utilisés et divulgués. La collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements ci-dessous sont assujetties aux lois relatives à la protection de la vie privée.

## Demande de prolongation du traitement prescrit selon les Lignes directrices pré-autorisées et rapport de congé (FDIO-24/198)

Utilisez le présent formulaire pour les accidents survenus à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2003

<b>N° de la demande :</b>	
<b>N° de la police :</b>	
<b>Date de l'accident : (AAAAMMJJ)</b>	

**Le présent formulaire est à utiliser conformément aux Lignes directrices pré-autorisées (LDPA) pour demander à l'assureur d'approuver la prolongation d'un traitement prescrit selon les LDPA OU pour donner congé à la personne assurée en ce qui concerne un tel traitement.**

### Partie 1 Objet du formulaire FDIO-24

**Ce formulaire FDIO-24 est présenté pour (cochez une case) :**

- Demander à l'assureur la prolongation d'un traitement prescrit selon les LDPA (remplissez les parties 2, 3 et 4)
- Donner congé à la personne assurée relativement à un traitement prescrit selon les LDPA (remplissez les parties 2, 3, 4, 6 et 7)

### Partie 2 Renseignements sur la personne assurée

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

### Partie 3 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	
Le titulaire de la police est-il la personne assurée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si non, indiquez : le nom du titulaire de la police

### Partie 4 Renseignements sur le praticien de la santé et signature

Nom du praticien de la santé (en lettres moulées)	N° d'inscription de l'Ordre	Genre de praticien de la santé <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	
Téléphone	Poste	
Télécopieur		
Code postal		
Courriel		
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 <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.		
Signature du praticien de la santé		Date (AAAAMMJJ)

**Partie 5**  
**Approba-**  
**tion de la**  
**prolonga-**  
**tion d'un**  
**traitement**  
**prescrit**  
**selon les**  
**LDPA**

**À remplir par l'expert en sinistres et à renvoyer par télécopieur au praticien de la santé (cochez une case) :**

La prolongation du traitement prescrit selon les LDPA est approuvée

La prolongation du traitement prescrit selon les LDPA n'est pas approuvée (expliquez la raison)

---

Nom de l'expert	Signature de l'expert	Date (AAAAMMJJ)

**Partie 6**  
**Statut de la**  
**personne**  
**assurée au**  
**moment du**  
**congé**

**Indiquez le statut de la personne assurée au moment du congé relatif au traitement prescrit selon les LDPA (cochez une case).**

Aucune intervention supplémentaire n'est nécessaire.

Une intervention supplémentaire hors des LDPA est nécessaire. Si c'est le cas, cochez une des deux cases suivantes :

Intervention hors des LDPA proposée par la présentation d'un programme de traitement (FDIO-18)

La personne assurée a été orientée vers un autre professionnel de la santé. Si c'est le cas, précisez le genre de professionnel vers lequel la personne assurée a été orientée ainsi que le nom et l'adresse de ce professionnel, si ces renseignements sont disponibles

---

Le congé a été donné à la personne assurée car elle n'observait pas les modalités du traitement, n'assistait pas aux séances ou a abandonné de son propre chef le traitement prescrit selon les LDPA.

**Partie 7**  
**Statut**  
**fonctionnel**  
**de la**  
**personne**  
**assurée au**  
**moment du**  
**congé**

**Indiquez le statut fonctionnel de la personne assurée au moment du congé relatif au traitement prescrit selon les LDPA (cochez toutes les cases applicables)**

La personne assurée était employée au moment de l'accident.

Si c'est le cas, la personne assurée a-t-elle dû s'absenter de son travail à la suite de l'accident?  Oui  Non

Dans l'affirmative, la personne assurée reprend-elle le travail après le congé?  Oui  Non

Dans l'affirmative, à quel niveau?  Comme avant l'accident  Partiel ou modifié

La personne assurée était une personne soignante au moment de l'accident.

Si c'est le cas, la personne assurée a-t-elle dû interrompre ses activités de soignante à la suite de l'accident?  Oui  Non

Dans l'affirmative, la personne assurée reprend-elle ses activités de soignante après le congé?  Oui  Non

Dans l'affirmative, à quel niveau?  Comme avant l'accident  Partiel ou modifié

La personne assurée n'était ni employée ni une personne soignante au moment de l'accident.

Si c'est le cas, la personne assurée avait-elle du mal à accomplir ses activités habituelles à la suite de l'accident?  Oui  Non

Dans l'affirmative, la personne assurée reprend-elle ses activités habituelles après le congé?  Oui  Non

Dans l'affirmative, à quel niveau?  Comme avant l'accident  Partiel ou modifié

La personne assurée avait des difficultés à accomplir des tâches ménagères à la suite de l'accident.

Si c'est le cas, la personne assurée a-t-elle bénéficié d'une aide ménagère?  Oui  Non

Dans l'affirmative, la personne assurée a-t-elle encore besoin d'aide ménagère après le congé?  Oui  Non

Donnez au besoin des renseignements supplémentaires sur le statut fonctionnel de la personne assurée.

---



---



---