

Remettre le présent formulaire rempli à :

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

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

** N° de demande

** N° de police

Date de l'accident

(AAAA/MM/JJ)

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 1^{er} septembre 2010) ou par une directive relative à un cadre de traitement préapprouvé (accidents survenus avant le 1^{er} 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 : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	*Numéro de téléphone	Poste
Nom de famille			
Prénom	*** Second prénom		
Adresse			
Localité	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 <input type="checkbox"/> OU :	** Nom de famille du titulaire de la police		* Prénom du titulaire de la police

Partie 3 Autre assurance

Remplir par le membre d'une profession de la santé réglementée 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 : <input type="checkbox"/> NON Aucune autre assurance mentionnée ne couvre ces biens et services. <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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		Vous êtes : <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 (le cas échéant)		Numéro d'établissement aux fins de la FAAS (le cas échéant)		
	Adresse				
	Localité	Province	Code postal		
	Numéro de téléphone	* Poste	* Numéro de télécopieur		
	* Adresse de courriel				
<p>Si l'accident est survenu avant le 1^{er} septembre 2010 :</p> <p>S'agit-il d'une déficience visée par une directive relative à un cadre de traitement préapprouvé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez expliquer, conformément à la directive et en mentionnant expressément celles de ses dispositions sur lesquelles vous fondez, pourquoi le présent plan de traitement et d'évaluation FDIO-18 est présenté plutôt que le formulaire FDIO-23 (<i>Confirmation du traitement</i>) :</p> <p>Si l'accident est survenu à compter du 1^{er} septembre 2010 :</p> <p>S'agit-il d'une déficience qui est surtout une blessure mineure visée par la directive relative aux blessures mineures? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 assujéti à la limite de 3 500 \$ ou s'il n'a droit qu'aux biens et services autorisés par la directive.</p>					
Envoyez toute pièce jointe directement à l'assureur.					
<p>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.</p> <p>Je sais que faire sciemment une déclaration ou une affirmation fausse ou trompeuse à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une infraction à la <i>Loi sur les assurances</i>. Je sais aussi que frauder ou tenter de frauder un assureur par supercherie, mensonge ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction au <i>Code criminel</i> fédéral. 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.</p>					
Nom du praticien de la santé (lettres moulées)		Signature du praticien de la santé		Date (AAAA/MM/JJ)	

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 <input type="checkbox"/> et NE REMPLISSEZ PAS la partie 5.	Nom du membre d'une profession de la santé réglementée		Numéro d'inscription à l'Ordre		Vous êtes : <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"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Travailleur social <input type="checkbox"/> Autre _____
	Nom de l'établissement (le cas échéant)		Numéro d'établissement aux fins de la FAAS (le cas échéant)		
	Adresse				
	Localité	Province	Code postal		
	Numéro de téléphone	* Poste	* Numéro de télécopieur		
	* Adresse de courriel				
<p>Je confirme que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je sais que faire sciemment une déclaration ou une affirmation fausse ou trompeuse à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une infraction à la <i>Loi sur les assurances</i>. Je sais aussi que frauder ou tenter de frauder un assureur par supercherie, mensonge ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction au <i>Code criminel</i> fédéral.</p>					
Nom du membre d'une profession de la santé réglementée (lettres moulées)		Signature du membre d'une profession de la santé réglementée		Date (AAAA/MM/JJ)	

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. **Veillez écrire lisiblement.**

**Partie 6
Blessures et
séquelles**

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 (veuillez préciser)

Partie 9
Objectifs du plan, méthodes d'évaluation des résultats et obstacles au rétablissement

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 :

<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 / sans objet (veuillez préciser)

et

(ii) Précisez les objectifs fonctionnels du présent plan de traitement et d'évaluation :

<input type="checkbox"/> Retour aux activités quotidiennes normales	<input type="checkbox"/> Retour aux activités professionnelles exercées avant l'accident
<input type="checkbox"/> Retour à des activités professionnelles adaptées	<input type="checkbox"/> Autre / sans objet (veuillez préciser)

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)

(iii) 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

Doit être remplie, sauf si l'assureur y renonce

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.

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je sais que faire sciemment une déclaration ou une affirmation fausse ou trompeuse à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une infraction à la *Loi sur les assurances*. Je sais aussi que frauder ou tenter de frauder un assureur par supercherie, mensonge ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction au *Code criminel* fédéral.

Nom de l'auteur de la demande ou du mandataire spécial (lettres moulées)	Signature de l'auteur de la demande ou du mandataire spécial	Date (AAAA/MM/JJ)
--	--	-------------------

Auteur de la demande		FDIO-18 ASSUREUR – ENVOYER PAR TÉLÉCOPIEUR	Numéro de police	
Fournisseur			Numéro de demande	
Télec. du fournisseur			Date de l'accident	

Partie 11 Fournis- seurs de soins de santé	Référence du fournisseur	†Type de fournisseur	Fournisseur		Réglementé (N° d'inscription à l'Ordre)	Non réglementé (N° aux fins de la FAAS le cas échéant)	Tarif horaire (le cas échéant)
			Nom de famille	Prénom			
	A						
	B						
	C						
	D						
	E						
F							

Partie 12 Biens et services proposés nécessitant l'approba- tion de l'assureur	Réf. BS	Description	†Code	†Attribut	Réf. du fournis- seur	Estimation			Prévision	
						Quantité	†Mesure	Coût	N ^{bre} total	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'utilisateur 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 :

Joignez-vous des pièces? Oui Non
 Dans l'affirmative, combien? _____
 Envoyez toute pièce jointe directement à l'assureur.

Partie 13 Signature de l'assureur	<input type="checkbox"/> *** 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 :	
	<input type="checkbox"/> je l'approuve. <input type="checkbox"/> je l'approuve en partie. <input type="checkbox"/> 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 (lettres moulées)	Signature de l'expert en assurances	Date (AAAA/MM/JJ)
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.