

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

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

****N° de la demande :**

****N° de la police :**

Date de l'accident :
(AAAAMMJJ)

À utiliser pour des produits et services médicaux et de réhabilitation payables par un assureur automobile. Vous trouverez sur le site www.hcainfo.ca un guide de l'utilisateur qui vous aidera à remplir le formulaire et ses différentes versions.

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 le formulaire, toutes les pièces jointes sont à envoyer directement à l'assureur.

Tous les champs sont à remplir, sous réserve des exceptions suivantes :
*exigé si l'information est connue

**remplir au moins un champ dans cette section

***facultatif

Veillez joindre la version C (pages 2 et 3) pour des traitements visés par la directive relative aux blessures mineures à l'occasion d'accidents survenus à partir du 1^{er} septembre 2010 ou pour des traitements visés par des Lignes directrices pré-autorisées (LDPA) à l'occasion d'accidents survenus avant le 1^{er} septembre 2010.

Veillez joindre la version A (page 2) dans le cas d'un programme de traitement ou d'un plan d'évaluation déjà approuvé.

La version B (pages 2 et 3) doit être employée pour tous les autres produits et services. Elle peut aussi être utilisée, à la discrétion du fournisseur, dans le cas de programmes de traitement et de plans d'évaluation déjà approuvés.

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 : <input type="checkbox"/> identique au demandeur OU	**Nom du titulaire de la police	*Prénom du titulaire de la police	

Partie 3 Renseignements sur la facture	N° de facture	1 ^o facture <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	2 ^o facture <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Dans le cas de produits et services déjà approuvés, complétez le tableau suivant :			
	*Genre de plan ou de traitements selon la directive relative aux blessures mineures ou des Lignes directrices pré-autorisées	*Date du progr. ou plan (AAAAMMJJ)	*N° du progr. ou plan	*Montant approuvé
	<input type="checkbox"/> Progr. de traitement et plan d'évaluation (FDIO-18)			
	<input type="checkbox"/> Directive relat. aux blessures mineures ou LDPAA Type : *			
♦ Joindre la version A ou B		Joindre la version B à toutes les autres factures		
♣ Joindre la version C				

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			
	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.			
	Nom du fournisseur ou du signataire autorisé (en lettres moulées)	Signature du fournisseur ou du signataire autorisé		Date (AAAAMMJJ)

FDIO-21 - Version B - page 3

Les pages 2 et 3 de la version B 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. Elles peuvent servir, à la discrétion du fournisseur, à facturer tout produit ou service à l'exception de ceux visés par la directive relative aux blessures mineures ou par des Lignes directrices pré-autorisées (utilisez la version C - pages 2 et 3).

AUTRE ASSURANCE - J'ai effectué des vérifications raisonnables sur le demandeur et j'ai déterminé que :		
<input type="checkbox"/> NON Aucune autre assurance identifiée ne couvre ces produits et services <input type="checkbox"/> OUI 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.		

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

Chèque à l'ordre de :	
***Autres renseignements :	
Y a-t-il des pièces jointes? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, combien? _____ Les pièces jointes, s'il y en a, sont à envoyer directement à l'assureur	

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

FDIO-21 - Version C - page 3

Les pages 2 et 3 de la version C sont jointes à la page 1 du FDIO-21 et servent à facturer les produits et services visés par la directive relative aux blessures mineures ou par des Lignes directrices pré-autorisées.
 Pour tous les autres produits et services, veuillez joindre la version A ou B.

Frais remboursables selon la directive relative aux blessures mineures ou les Lignes directrices pré-autorisées :			
Description	¹ Code	¹ Attribut	Coût
¹ Consultez le guide de l'utilisateur (www.hcaiinfo.ca) pour tout renseignement sur la classification.			Total des frais relevant de la directive relative aux blessures mineures ou des LPDA :

Autres produits et services remboursables approuvés par l'assureur :										
Date du service			Description	¹ Code	¹ Attribut	Référence du fournisseur	Quantité	¹ Mesure	Taxe (✓)	Coût
AAAA	MM	JJ								
[*] Consultez le guide de l'utilisateur (www.hcaiinfo.ca) pour tout renseignement sur la classification.									Total des autres produits et services :	

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

Chèque à l'ordre de : _____

***Autres renseignements :

Y a-t-il des pièces jointes? Oui Non Dans l'affirmative, combien? _____

Les pièces jointes, s'il y en a, sont à envoyer directement à l'assureur

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