

Formulaire à renvoyer à :

Confirmation du traitement (FDIO-23)

Formulaire à utiliser pour les accidents survenus à partir du 1^{er} octobre 2003

** N° de la demande :

** N° de la police :

Date de l'accident :
(AAAAMMJJ)

À l'attention du demandeur :

Veillez remplir les parties 1, 2 et 3. Une fois que votre praticien de la santé aura examiné avec vous le formulaire de confirmation du traitement, veuillez signer la partie 8.

Votre praticien de la santé remplira toutes les autres parties du formulaire.

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 d'autres révélations et consentements soient requis selon la façon dont les renseignements sont utilisés et divulgués.

Comme l'indique le formulaire, 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

À l'attention du praticien de la santé :

En cas d'accident survenu avant le 1^{er} septembre 2010, utilisez le présent formulaire pour les produits et services fournis conformément aux Lignes directrices préautorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade I ou II (Lignes directrices préautorisées).

En cas d'accident survenu le 1^{er} septembre 2010 ou plus tard, utilisez le présent formulaire pour les produits et services fournis conformément aux directives concernant les blessures mineures.

Le praticien de la santé que la loi autorise à traiter la déficience visée, que les lignes directrices en vigueur autorisent à remplir ce formulaire et qui sera chargé de fournir les biens et services énoncés aux présentes doit signer la partie 4.

Consentement : Il incombe au praticien de la santé de s'assurer qu'il est autorisé par un formulaire de consentement à collecter, utiliser et divulguer les renseignements transmis. Le formulaire de demande d'indemnités de l'Ontario n°5 (FDIO-5), *Autorisation de divulguer des renseignements médicaux*, peut être utilisé en guise de formulaire de consentement.

Partie 1 Renseignements sur le demandeur

À remplir par 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

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 demandeur <input type="checkbox"/> 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

AUTRE ASSURANCE : Y a-t-il d'autres assurances couvrant des produits ou des services énumérés dans ce formulaire de Confirmation du traitement? J'ai procédé à des vérifications raisonnables sur le demandeur et j'ai constaté que : <input type="checkbox"/> NON Aucune autre assurance connue 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 compris dans ce programme? <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 Signature du premier praticien de la santé <input type="checkbox"/> Je ne suis pas le premier praticien de la santé	Nom du premier praticien de la santé (en caractères d'imprimerie)		N° d'inscription de l'Ordre		Votre profession : <input type="checkbox"/> Chiropraticien <input type="checkbox"/> Dentiste <input type="checkbox"/> Infirmier praticien <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Physiothérapeute
	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				
<p>J'atteste que les produits et services prévus sont raisonnables et nécessaires pour le traitement des blessures du demandeur indiquées à la partie 5 et la réadaptation de ce dernier, et que le traitement proposé est conforme aux Lignes directrices préautorisées (si l'accident est survenu avant le 1^{er} septembre 2010) ou aux directives concernant les blessures mineures (si l'accident est survenu le 1^{er} septembre 2010 ou plus tard). J'ai passé en revue le traitement proposé avec le demandeur.</p> <p>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 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. 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'automobiles par les fournisseurs de soins de santé ainsi qu'à empêcher les fraudes et à les détecter.</p>					
Nom du premier praticien de la santé (en caractères d'imprimerie)		Signature du premier praticien de la santé		Date (AAAAMJJ)	

À l'attention du praticien de la santé :

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

Partie 5 Blessures et séquelles	Donnez 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 correspondants (consultez le guide l'utilisateur à l'adresse www.hcaiinfo.ca pour en savoir plus sur la classification ICD-10-CA).	
	Description	Code

Partie 6 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 5? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Aucune idée <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"/> Aucune idée <input type="checkbox"/> Oui (veuillez divulguer l'identité du fournisseur, si vous la connaissez)

Partie 7 Obstacles au rétablissement	a) Avez-vous repéré des obstacles au rétablissement qui peuvent nuire au succès du traitement prescrit au demandeur en question? (Pour vous aider à repérer les obstacles au rétablissement, veuillez consulter le guide de l'utilisateur à l'adresse www.hcaiinfo.ca .) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (veuillez préciser)
---	--

Partie 8
Signature du
demandeur

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 préautorisé ou 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 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 des lignes directrices.

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 si les circonstances l'exigent, 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 si les circonstances l'exigent, 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-dessus, 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 fausse 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 caractères d'imprimerie)

Signature du demandeur ou du mandataire

Date (AAAAMMJJ)

Nom du demandeur :		FDIO-23 À RENOYER PAR TÉLÉCOPIEUR	N° de la police :	
Nom du fournisseur :			N° de la demande :	
Télécopieur du fournisseur :			Date de l'accident :	

Part 9 Services en vertu des lignes directrices	Catégorie	Description	Frais maximum	Frais estimés
	Spécifiez les lignes directrices concernées			
	**Produits et services supplémentaires			
	**Autres services préautorisés (y compris la radiologie)			
	Partie 9 – Total partiel			

*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		Réglémenté (N° d'inscription de l'Ordre)	Non réglémenté (code d'identification de la FAAS, s'il y a lieu)	Tarif horaire (s'il y a lieu)
			Nom	Prénom			
	A						
	B						
	C						
D							
Remarque† : Consultez le guide l'utilisateur à l'adresse www.hcaiinfo.ca pour en savoir plus sur la classification ICD-10-CA.							

*Partie 11 Autres produits et services régis par les lignes directrices et nécessitant l'approbation de l'assureur (En vigueur pour les accidents survenus avant le 1 ^{er} septembre 2010)	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 . Les codes d'attribut sont nécessaires pour préciser les codes de services. On les retrouve également dans le guide de l'utilisateur. Le remboursement de ces frais par l'assureur automobile est consécutif aux indemnités accessoires disponibles.					Partie 11 – Total partiel :	
						Total :	
Expliquez brièvement la raison pour laquelle les produits et les services de la partie 11 sont proposés ainsi que l'objectif du traitement :							

Y a-t-il des pièces jointes? Oui Non Si oui, combien? _____
Envoyez les pièces jointes directement à l'assureur.

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 ce formulaire de Confirmation du traitement et d'après les renseignements obtenus, je confirme que la police mentionnée 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 (voir les raisons ci-jointes ou à suivre)	<input type="checkbox"/> je ne les approuve pas (voir les raisons ci-jointes ou à suivre)
	Nom de l'expert (en caractères d'imprimerie)	Signature de l'expert	Date (AAAAMMJJ)
À l'assureur : Veuillez remettre une copie de la présente page au demandeur et au premier praticien de santé mentionné à la partie 4.			