

# Demande d'une approbation pour une évaluation ou un examen (OCF-22)

Utilisez le présent formulaire pour les accidents survenus le 1<sup>er</sup> novembre 1996, ou après ce jour

<b>N° de demande :</b>	
<b>N° de police :</b>	
<b>Date de l'accident :</b> (AAAA-MM-JJ)	

## À l'attention du professionnel ou de l'établissement de santé :

**Consentement :** Il incombe au professionnel ou à l'établissement de santé de s'assurer que la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements soumis sont autorisées par le biais d'un formulaire de consentement. Les professionnels ou établissements de santé doivent utiliser le formulaire de demande d'indemnités de l'Ontario (OCF-5) intitulé *Autorisation de divulguer des renseignements sur la santé* à titre de formulaire de consentement.

Une demande d'approbation ou de paiement adressée à l'assureur pour des frais encourus pour une évaluation ou un examen peut être faite à l'aide de ce formulaire ou d'un formulaire Plan de traitement (OCF-18).

## Au demandeur :

Utiliser le présent formulaire pour demander une autorisation préalable à l'égard du paiement d'une évaluation ou d'un examen pour lequel une autorisation préalable est requise.

Veuillez fournir tous les renseignements exigés.

La collecte, l'utilisation et la divulgation de ces renseignements sont assujetties à la législation relative à la protection de la vie privée. Une divulgation et un consentement additionnels peuvent être exigés, tout dépendant de la façon dont les renseignements sont utilisés ou divulgués.

<b>Section 1 Identification du demandeur</b>  Doit être remplie par le demandeur	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Numéro de téléphone		Poste
	Nom						
	Prénom			Second prénom			
	Adresse						
	Ville		Province		Code postal		

<b>Section 2 Identification de l'assureur</b>  Doit être remplie par le demandeur	Nom de la compagnie d'assurance			Localité de la succursale (s'il y a lieu)		
	Nom de l'expert en sinistres			Prénom de l'expert en sinistres		
	Numéro de téléphone de l'expert en sinistres		Poste	Numéro de télécopieur de l'expert en sinistres		
	Nom du détenteur de la police, identique au : <input type="checkbox"/> Demandeur OU		Nom du détenteur de la police		Prénom du détenteur de la police	

<b>Section 3 Signature du professionnel de la santé réglementé</b>	Nom du professionnel de la santé réglementé (en lettres moulées)			Numéro d'inscription de l'Ordre			<b>Votre profession</b> <input type="checkbox"/> Chiropraticien ou chiropraticienne <input type="checkbox"/> Dentiste <input type="checkbox"/> Massothérapeute <input type="checkbox"/> Infirmier ou infirmière <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"/> Autre _____
	Nom de l'établissement (s'il y a lieu)			Numéro de FAAS (s'il y a lieu)			
	Adresse						
	Ville		Province	Code postal			
	Numéro de téléphone		Poste	Numéro de télécopieur			
	Adresse de courrier électronique						
	<input type="checkbox"/> Je déclare que le présent formulaire ne me place dans une aucune situation de conflit d'intérêts et, après avoir effectué des vérifications raisonnables, je déclare qu'il n'y a aucun conflit d'intérêts occasionné par le présent formulaire à l'égard de toute personne ayant recommandé le demandeur à un particulier qui fournira les produits ou services envisagés sur le présent formulaire, ou <input type="checkbox"/> Je déclare que le présent formulaire occasionne les conflits d'intérêts suivants :						
J'atteste que, à ma connaissance, les renseignements contenus dans le présent formulaire sont exacts et que les services envisagés pour l'évaluation ou l'examen du demandeur sont raisonnables. En outre, je confirme avoir obtenu le consentement approprié de la part du demandeur pour la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements soumis.							
Nom du professionnel de la santé réglementé (en lettres moulées)			Signature du professionnel de la santé réglementé			Date (AAAA-MM-JJ)	

**Section 4  
Nature de  
l'évaluation  
ou de  
l'examen**

Le paiement de toutes les évaluations et de tous les examens doit être approuvé par l'assureur ou, en cas de litige, par un CED, sauf en ce qui a trait aux évaluations et examens payables sans l'autorisation de l'assureur, conformément aux lignes directrices d'un CAPA. En outre, une autorisation préalable pour le paiement d'une évaluation ou d'un examen n'est pas requise dans les situations décrites ci-après. Veuillez cocher la case appropriée du tableau ci-après pour indiquer la situation visée par la présente demande.

**UNE AUTORISATION PRÉALABLE N'EST PAS REQUISE POUR DES ÉVALUATIONS OU DES EXAMENS EN VUE D'UN PROGRAMME DE TRAITEMENT DANS LES CIRCONSTANCES SUIVANTES :**

- une évaluation ou un examen lorsqu'il existe un risque ou un danger immédiat pour la personne assurée ou une personne sous les soins de la personne assurée et que l'autorisation préalable de l'assureur pour l'évaluation ou l'examen dans un tel cas n'est pas réaliste;
- pas plus de trois évaluations ou examens si :
  - la personne assurée n'as pas reçu de traitement en vertu des *lignes directrices d'un cadre d'action pré-approuvé*;
  - le coût de chaque évaluation ou examen ne dépasse pas 180 \$;
  - pas plus d'une évaluation ou d'un examen n'est effectué par la même personne;
- pas plus d'une évaluation ou d'un examen si :
  - la personne assurée a reçu un traitement en vertu des *lignes directrices d'un cadre d'action pré-approuvé*;
  - le coût de l'évaluation ou de l'examen ne dépasse pas 180 \$;
  - la personne effectuant l'évaluation ou l'examen n'a pas fourni des produits ou des services en vertu des *lignes directrices d'un cadre d'action pré-approuvé* à l'égard du même accident;
- une évaluation ou un examen effectué après que l'assureur ait avisé la personne assurée que, avant que l'examen soit effectué, la présentation d'un programme de traitement ou d'une demande en vertu de l'article 38.2 de l'AIAL n'est pas requise;
- une évaluation ou un examen effectué en vertu des dispositions des *lignes directrices d'un cadre d'action pré-approuvé* qui autorisent l'évaluation ou l'examen sans l'autorisation préalable de l'assureur.

**UNE AUTORISATION PRÉALABLE EST REQUISE POUR DES ÉVALUATIONS OU DES EXAMENS EN VUE D'UN PROGRAMME DE TRAITEMENT POUR :**

- toute autre évaluation ou tout autre examen en vue d'effectuer des programmes de traitement qui ne sont pas décrits ci-dessus.

**ÉVALUATIONS OU EXAMENS POUR REMPLIR DES CERTIFICATS D'INVALIDITÉ :**

- Une autorisation préalable n'est pas requise pour une évaluation ou un examen en vue de remplir un certificat d'invalidité si le coût de l'évaluation pour le certificat ne dépasse pas 180 \$.
- Une autorisation préalable est requise pour des évaluations en vue de remplir des certificats d'invalidité lorsque le coût des évaluations dépasse 180 \$.
- Une évaluation ou un examen effectué en vertu des dispositions des *lignes directrices d'un cadre d'action pré-approuvé* qui autorisent l'évaluation ou l'examen sans l'autorisation préalable de l'assureur.

**ÉVALUATIONS OU EXAMENS POUR PRÉPARER LE FORMULAIRE 1 :**

- Une autorisation préalable n'est pas requise pour une évaluation ou un examen en vue de préparer un Formulaire 1, mais est requise pour une évaluation ou un examen à l'égard d'une déficience visée par les *lignes directrices d'un cadre pré-approuvé* à moins que les *lignes directrices d'un cadre pré-approuvé* ne stipulent que l'autorisation préalable de l'assureur n'est pas requise pour l'évaluation ou l'examen.
- Une évaluation ou un examen effectué en vertu des *lignes directrices d'un cadre pré-approuvé* autorisant l'évaluation ou l'examen sans l'autorisation préalable de l'assureur.

**ÉVALUATIONS OU EXAMENS POUR DÉTERMINER UNE DÉFICIENCE INVALIDANTE :**

- Une autorisation préalable n'est pas requise pour une évaluation ou un examen pour la détermination d'une déficience invalidante si la personne assurée est hospitalisée ou dans un établissement pour soins de longue durée au moment de l'évaluation ou de l'examen.
- Une autorisation préalable est requise pour une évaluation ou un examen pour la détermination d'une déficience invalidante si la personne assurée n'est pas hospitalisée ou dans un établissement pour soins de longue durée au moment de l'évaluation ou de l'examen.
- Une évaluation ou un examen effectué en vertu des dispositions des *lignes directrices d'un cadre d'action pré-approuvé* qui autorisent l'évaluation ou l'examen sans l'autorisation préalable de l'assureur.

**TOUTE AUTRE ÉVALUATION OU TOUT AUTRE EXAMEN NÉCESSITANT UNE AUTORISATION PRÉALABLE :**

- Toute autre évaluation qui n'a pas été décrite ci-dessus nécessitera une autorisation préalable.

**Section 5  
Renseignements  
cliniques  
provisaires**

**a) Renseignements cliniques :**

i) Veuillez fournir une brève description des plaintes actuelles.

ii) Avez-vous déjà fourni des soins au demandeur?

Non  Oui

**b) Renseignements sur l'évaluation :**

i) Veuillez donner les détails de l'évaluation requise et les motifs la justifiant.

- Si vous avez déjà fourni un traitement à ce demandeur, veuillez donner les indicateurs cliniques venant appuyer le caractère raisonnable de l'évaluation proposée.
- Pour des évaluations multidisciplinaires, veuillez indiquer les détails et les motifs venant justifier chaque composante de l'évaluation.

iii) Après avoir fait des recherches raisonnables, avez-vous pris connaissance d'une évaluation antérieure semblable à celle-ci effectuée pour ce demandeur?  Non  Oui

Si oui, indiquez la date, s'il y a lieu (AAAAMMJJ). \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

