



Financial Services
Commission
of Ontario

Commission des
services financiers
de l'Ontario

Avril 2007

**Lignes directrices de mise en œuvre du Système de
demandes de règlement pour soins de santé liés à
l'assurance-automobile**

Lignes directrices du surintendant n° 01/07

Lignes directrices de mise en œuvre du Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile

Introduction

Les Lignes directrices de mise en œuvre du Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile (Lignes directrices de mise en œuvre) s'appliquent en vertu du paragraphe 268.3 (1) de la *Loi sur les assurances* et aux fins des sous-sections 44.1 (1) et 68 (3.2) de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales – accidents survenus le 1^{er} novembre 1996 ou après ce jour* (AIAL) telle que modifiée par le Règlement 533/06.

Les modifications se rapportent aux modalités de remise de quelques formulaires de demande d'indemnités de l'AIAL envoyés dans certaines circonstances aux assureurs auxquels les présentes lignes directrices s'appliquent. Ainsi, un document visé par ces lignes directrices qui, auparavant, était envoyé à un assureur devra désormais être envoyé à un bureau central de traitement (BCT) établi par les assureurs pour recevoir ces documents en leur nom. Les Lignes directrices de mise en œuvre précisent :

- les assureurs, établissements de soins de santé (« établissements ») et fournisseurs de soins de santé (« fournisseurs de soins de santé ») assujettis aux Lignes directrices de mise en œuvre et dans quelles circonstances;
- les documents devant être livrés au BCT et les circonstances dans lesquelles ils doivent être livrés;
- la manière dont ces documents peuvent être livrés au BCT;
- la manière dont les assureurs doivent fournir des renseignements au BCT.

Ces Lignes directrices de mise en œuvre s'appliquent aux documents visés qui sont livrés le 2 avril 2007 ou après cette date, peu importe la date de l'accident auquel ils se rapportent.

Assureurs et fournisseurs assujettis aux présentes Lignes directrices de mise en œuvre

La Commission des services financiers de l'Ontario conservera et tiendra à jour une liste des assureurs et des établissements/fournisseurs (ou des bureaux locaux de ces derniers) qui participent au Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile (DRSSAA) (la « liste des participants au Système DRSSAA ») et des dates de début de leur participation. Se reporter à l'annexe 1 pour savoir comment obtenir des exemplaires de la liste des participants au Système DRSSAA en vigueur à un moment donné.

Aux fins des présentes Lignes directrices de mise en œuvre :

- le bureau local d'un assureur visé est un assureur participant et
- le bureau local désigné d'un établissement identifié et le fournisseur exerçant ses activités dans un bureau local désigné d'un établissement identifié sont des fournisseurs participants.

Ces Lignes directrices de mise en œuvre s'appliquent seulement aux transactions entre un fournisseur et un assureur participant découlant d'une demande d'indemnités en vertu de l'AIAL au titre d'une police d'assurance automobile émise en Ontario.

Ces Lignes directrices de mise en œuvre ne s'appliquent pas au Fonds d'indemnisation des victimes d'accidents de véhicules automobiles.

Désignation du bureau central de traitement – AIAL, par. 68 (3.2)

Health Claims for Auto Insurance Processing est le bureau central de traitement aux fins des présentes lignes directrices et du par. 68 (3.2) de l'AIAL. Health Claims for Auto Insurance Processing est une société ontarienne sans but lucratif établie et financée par l'industrie des assurances et exploitée par un conseil d'administration composé de représentants du secteur de l'assurance et du milieu de la santé.

Le rôle du BCT consiste principalement à agir en qualité d'agent pour les assureurs. Il est chargé de recevoir certains documents en leur nom, de vérifier si les documents sont dûment remplis et renferment tous les renseignements exigés et de les remettre aux assureurs auxquels ils sont adressés. Il agit également comme intermédiaire pour permettre aux assureurs de transmettre électroniquement les renseignements concernant, notamment, l'approbation des demandes et les décisions de paiement aux fournisseurs de produits et services médicaux qui souhaitent recevoir ces renseignements électroniquement par son entremise.

On s'attend également à ce que le BCT soit la source principale des renseignements que les compagnies d'assurance automobile devront,

conformément à l'article 101.1 de la *Loi sur les Assurances*, fournir au Surintendant des services financiers concernant les demandes de règlement relatives aux produits et services qu'elles sont tenues de fournir en vertu des contrats d'assurance automobile.

Factures pour les produits et services assujettis aux Lignes directrices de mise en œuvre – AIAL, art. 44.1

Toute facture se rapportant aux produits ou services désignés à l'annexe 2 de ces Lignes directrices de mise en œuvre doit être rédigée selon la formule (la Facture d'assurance-automobile standard) approuvée par le Surintendant des services financiers, conformément à l'article 69 de l'AIAL.

Cette exigence s'applique uniquement si :

- tous les produits ou services mentionnés sur la facture sont fournis en Ontario par le fournisseur participant,
- la facture n'est pas présentée par le demandeur,
- la facture est présentée par un fournisseur participant et est payable à ce dernier et
- le paiement de la facture réclamé à un assureur participant porte sur une transaction avec un fournisseur participant.

Lorsque cette exigence s'applique, le paragraphe 44.1 (1) de l'AIAL interdit à un assureur participant de payer une facture qui n'est pas rédigée selon la formule approuvée, ne renferme pas tous les renseignements exigés ou n'est pas envoyée au BCT comme l'exigent ces Lignes directrices de mise en œuvre.

Les fournisseurs participants doivent présenter aux assureurs participants des factures séparées pour les produits et services désignés à l'annexe 2 et les produits et services non désignés à l'annexe 2. Ils doivent également leur présenter des factures séparées pour les produits et services dispensés en Ontario et les produits et services non dispensés en Ontario.

Documents qui doivent être remis au BCT

Les documents suivants sont désignés aux fins du paragraphe 68 (3.2) de l'AIAL. Lorsqu'ils sont présentés par un fournisseur participant à un assureur participant, ils doivent être remis au BCT (et non pas directement à l'assureur auquel ils sont adressés) de la manière précisée dans les présentes lignes directrices :

FDIO-18	Programme de traitement – AIAL, art. 38
FDIO-21	Facture d'assurance-automobile standard – AIAL, art. 44.1 – mais seulement si ces Lignes directrices de mise en œuvre exigent l'utilisation de cette formule pour les produits et services facturés
FDIO-22	Demande d'approbation pour une évaluation ou un examen – AIAL, art. 38.2
FDIO-23/198	Confirmation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées – AIAL, art. 37.1

À noter qu'un document dont la présentation directe au BCT n'est pas exigée par ces Lignes directrices de mise en œuvre doit être remis directement à l'assureur d'une manière précisée au paragraphe 68 (2) de l'AIAL.

Remise des documents au bureau central de traitement

Un document dont la présentation au BCT est exigée par ces Lignes directrices de mise en œuvre doit être remis à celui-ci par voie électronique de manière à ce qu'il puisse le récupérer et le consulter.

Les fournisseurs participants sont autorisés à remettre des documents au BCT par voie électronique et à accéder aux renseignements électroniques du BCT après s'être inscrits (voir « **Inscription des utilisateurs et des fournisseurs** »).

Présentation des documents papier

On prévoit que le BCT pourra bientôt recevoir des documents papier remis par courrier, par télécopieur ou en personne, conformément aux alinéas 68 (2) a), b), c) ou d) de l'AIAL. Une version modifiée des présentes lignes directrices énonçant les règles applicables aux documents papier sera diffusée à ce moment-là. Dans l'intervalle, la remise au BCT de formulaires en format papier n'est pas une option.

Pièces jointes aux documents assujettis aux présentes Lignes directrices de mise en œuvre

Si un expéditeur détermine qu'il doit envoyer une ou plusieurs pièces jointes avec un document au lieu d'inclure dans le document lui-même tous les renseignements qu'il juge désirables ou nécessaires aux fins voulues, les règles spéciales suivantes s'appliquent :

1. L'expéditeur doit préciser, dans le champ prévu à cette fin dans le document, le nombre de pièces jointes remises avec le document et décrire brièvement chacune d'elles.
2. Le document lui-même (à l'exclusion des pièces jointes) doit être remis au BCT tel que décrit précédemment.
3. Les pièces jointes ne doivent pas être livrées au BCT mais directement à l'assureur d'une manière précisée au paragraphe 68 (2) de l'AIAL. Il est préférable de remettre toutes les pièces jointes à l'assureur en même temps, mais cela n'est pas obligatoire.
4. Les pièces jointes ne doivent pas être envoyées à l'assureur avant que le document n'ait été envoyé au BCT.
5. Chaque pièce jointe doit comporter le nom du demandeur, le numéro de la demande de règlement ou le numéro de la police et la date de l'accident, ainsi que le type de document (i.e., FDIO-18, FDIO-21, FDIO-22 ou FDIO-23/198) auquel elle se rapporte, afin de permettre à l'assureur d'identifier le document auquel elle appartient.

Règles régissant la date de réception des documents par les assureurs

L'article 68 de l'AIAL énonce les règles qui déterminent quand un document remis au BCT, conformément à ces Lignes directrices de mise en œuvre, est réputé reçu par l'assureur auquel il est adressé. Brièvement, ces règles prévoient ce qui suit :

1. **Document sans pièce jointe** – est réputé reçu par l'assureur auquel il est adressé le jour où le bureau central de traitement établit que le document qui lui a été remis d'une manière précisée dans ces lignes directrices est dûment rempli et contient tous les renseignements dont l'AIAL exige l'inclusion.
2. **Document avec pièces jointes** – est réputé reçu par l'assureur auquel il est adressé quand :
 - (a) le bureau central de traitement établit que le document (à l'exclusion des pièces jointes) qui lui a été remis d'une manière précisée dans ces lignes directrices est dûment rempli et contient tous les renseignements dont l'AIAL exige l'inclusion; et
 - (b) l'assureur a reçu toutes les pièces jointes.

L'AIAL précise (par. 68 (7)) qu'un document remis au BCT par télécopie, en personne ou par voie électronique après 17 heures, heure de Toronto, est réputé remis le jour ouvrable suivant.

L'AIAL énonce également (par. 68 (3.5)) que le bureau central de traitement sera réputé avoir établi, le jour où un document lui a été remis d'une manière précisée dans les Lignes directrices de mise en œuvre, que le document est dûment rempli et contient tous les renseignements dont l'AIAL exige l'inclusion, sauf s'il avise l'expéditeur, d'une manière précisée dans les présentes lignes directrices, que tel n'est pas le cas.

Aux fins du paragraphe 68 (3.5), le BCT doit aviser l'expéditeur d'une manière précisée au paragraphe 68 (2) de l'AIAL. Il peut également transmettre l'avis verbalement (par exemple, par téléphone ou message téléphonique) pourvu qu'une confirmation écrite soit donnée dans les plus brefs délais possibles d'une manière précisée au paragraphe 68 (2) de l'AIAL.

L'AIAL précise également (par. 68 (3.2)) qu'un document visé par les présentes Lignes directrices de mise en œuvre est réputé reçu par un assureur uniquement s'il est remis d'une manière précisée dans celles-ci.

Production des documents

Un document auquel les présentes Lignes directrices de mise en œuvre s'appliquent est réputé non dûment rempli et ne pas contenir tous les renseignements exigés par l'AIAL à moins que tous les champs (autres que les champs qui sont optionnels dans les circonstances indiquées sur le formulaire approuvé par le Surintendant des services financiers) ne soient remplis conformément aux présentes lignes directrices.

L'information fournie dans un champ doit être conforme aux règles de validation énoncées à l'annexe 3 des présentes Lignes directrices de mise en œuvre.

L'information (p. ex. une date) doit être fournie selon le format précisé dans le formulaire, le cas échéant.

Si le document est remis en format papier, les champs remplis doivent être lisibles.

Toutes les pièces jointes doivent être lisibles.

Codes à utiliser pour présenter les renseignements

Les renseignements suivants doivent être fournis à l'aide des codes précisés :

- Pour décrire les blessures et séquelles, les codes énumérés dans la 10^e révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10-CA) maintenue à jour par l'Institut canadien d'information sur la santé et disponible à www.cihi.ca. Une version abrégée de la liste de codes de la CIM-10-CA, élaborée pour aider les intervenants du système d'assurance automobile de l'Ontario, est disponible à www.hcaiinfo.ca.
- Pour décrire les interventions en santé, les codes énumérés dans la Classification canadienne des interventions en santé (CCI) maintenue par l'Institut canadien d'information sur la santé et disponible à www.cihi.ca. Une version abrégée de la liste de codes de la CCI, élaborée pour aider les intervenants du système d'assurance automobile de l'Ontario, est disponible à www.hcaiinfo.ca.
- Pour décrire les types de fournisseurs, la liste de codes des types de fournisseurs disponible à www.hcaiinfo.ca.
- Pour décrire les catégories de paiement préautorisées, la liste des codes de remboursement préautorisés disponible à www.hcaiinfo.ca.
- Pour décrire les produits et services facturés aux compagnies d'assurance automobile par les fournisseurs non couverts par la CCI, la liste intitulée Goods, Administration, and Other Codes (produits, services administratifs et autres codes) disponible à www.hcaiinfo.ca.
- Pour décrire les unités de mesure et convertir les minutes en heures, la liste des codes des unités de mesure et le tableau de conversion des minutes en heures disponibles à www.hcaiinfo.ca.

Les renseignements affichés à www.hcaiinfo.ca sont tenus à jour par le Bureau d'assurance du Canada en collaboration avec les associations professionnelles mentionnées à <http://www.hcaiinfo.ca/links.asp>.

Exigences s'appliquant aux assureurs

Un document dont la présentation au BCT est exigée par ces lignes directrices doit être remis à celui-ci par voie électronique de manière à ce qu'il puisse le récupérer et le consulter.

Les renseignements concernant le traitement d'une facture mentionnés au paragraphe 44.1 (3) de l'AIAL doivent être fournis au BCT dans un délai d'au plus cinq jours ouvrables après que l'assureur participant a traité la facture.

Les renseignements concernant tout autre document visé par les présentes lignes directrices mentionnés au paragraphe 68 (3.8) de l'AIAL doivent être fournis au BCT dans un délai d'au plus cinq jours ouvrables après que l'assureur participant a traité le document.

Les renseignements concernant la réception des pièces jointes mentionnés au paragraphe 68 (3.9) de l'AIAL doivent être fournis au BCT dans un délai d'au plus cinq jours ouvrables après que l'assureur participant a reçu la dernière pièce jointe.

Les échéances mentionnées précédemment n'ont aucun lien et ne doivent pas être confondues avec les échéances dont dispose un assureur pour traiter et commenter un document énoncées dans l'AIAL.

Un assureur participant inscrit (voir « Inscription des utilisateurs et des fournisseurs ») est autorisé à fournir des renseignements au BCT par voie électronique et à obtenir auprès de celui-ci des renseignements qui lui ont été remis par un fournisseur participant.

Inscription des utilisateurs et des fournisseurs

Avant de remettre des renseignements au BCT ou d'obtenir des renseignements du BCT, un fournisseur, un établissement ou un assureur participant doit s'inscrire auprès de celui-ci et accepter les conditions qu'il impose aux utilisateurs. Les fournisseurs et les établissements peuvent choisir de s'inscrire pour la présentation de documents papier ou pour la présentation de documents électroniques, mais ils ne peuvent s'inscrire pour ces deux modes de présentation en même temps. Les conditions imposées aux utilisateurs peuvent inclure des dispositions commercialement raisonnables se rapportant à des obligations touchant la confidentialité, la sécurité, la responsabilité, l'accès et l'intégrité des données.

Suspensions temporaires des Lignes directrices de mise en œuvre

Advenant que le BCT est incapable (p. ex. à cause de problèmes techniques temporaires) de s'acquitter adéquatement de ses obligations à l'égard des fournisseurs, des établissements ou des assureurs, le Surintendant des services financiers pourrait suspendre temporairement l'application des présentes Lignes directrices de mise en œuvre.

La Commission des services financiers de l'Ontario affichera un avis de suspension et de reprise de l'application de ces lignes directrices sur son site Web (www.fSCO.gov.on.ca).

Durant une suspension, les exigences des présentes Lignes directrices de mise en œuvre ne s'appliqueront pas et les documents devront être remis directement aux assureurs de la manière précisée au paragraphe 68 (2) de l'AIAL.

Annexe 1

Liste des participants au Système DRSSAA

On peut obtenir des exemplaires de la liste des participants qui est en vigueur à un moment donné à l'adresse

<http://www.fSCO.gov.on.ca/french/insurance/auto/hcai.asp>. On peut également obtenir des copies sur papier en s'adressant à la Commission des services financiers de l'Ontario au 1 800 668-0128, poste 7123.

Annexe 2

Factures pour les produits et services visés par ces Lignes directrices de mise en œuvre – AIAL, art. 44.1

Article de l'AIAL	Type de service ou de produits	Précisés aux fins de l'article 44.1	Non précisés aux fins de l'article 44.1
	Indemnité pour frais médicaux		
14(2)(a)	Les services médicaux, chirurgicaux et dentaires, les services d'optométrie, de soins infirmiers, d'ambulance, d'audiométrie et d'orthophonie, ainsi que les services hospitaliers	Les services médicaux, les services de soins infirmiers, d'audiométrie et d'orthophonie	Les services chirurgicaux, les services d'optométrie, d'ambulance, ainsi que les services hospitaliers
14 (2)(b)	Les services de chiropratique, de psychologie, d'ergothérapie et de physiothérapie	✓	
14(2)(c)	Les médicaments		✓
14(2)(d)	Les verres correcteurs		✓
14(2)(e)	Les dentiers et autres appareils dentaires		✓
14(2)(f)	Les appareils auditifs, les fauteuils roulants ou autres aides à la mobilité, ainsi que les prothèses, les appareils orthétiques et autres appareils et accessoires fonctionnels	Fournitures fournies au patient par les fournisseurs de soins de santé	Fournitures achetées par le patient
14(2)(g)	Le transport aller-retour de la personne assurée aux fins d'une séance de traitement, y compris le transport d'un aide, le cas échéant		✓
14(2)(h)	Les autres produits et services de nature médicale	✓	
	Indemnité de réadaptation		
15(5)(a)	L'initiation à la vie quotidienne	✓	
15(5)(b)	La consultation en matière familiale	✓	
15(5)(c)	La consultation en matière de réadaptation sociale	✓	

Article de l'AIAL	Type de service ou de produits	Précisés aux fins de l'article 44.1	Non précisés aux fins de l'article 44.1
15(5)(d)	La consultation en matière financière		✓
15(5)(e)	La consultation en matière d'emploi		✓
15(5)(f)	L'évaluation des aptitudes professionnelles	✓	
15(5)(g)	La formation générale ou professionnelle		✓
15(5)(h)	La modification du lieu de travail et les appareils, notamment de communication		✓
15(5)(i)	La modification du domicile et les appareils, notamment de communication, ou l'achat d'une nouvelle habitation plutôt que la modification de l'habitation actuelle		✓
15(5)(j)	La modification d'un véhicule, ou l'achat d'un nouveau véhicule plutôt que la modification d'un véhicule actuel		✓
15(5)(k)	Le transport aller-retour de la personne assurée aux fins de séances de consultation et de formation, y compris le transport d'un aide, le cas échéant		✓
15(5)(l)	Les autres produits et services dont la personne assurée a besoin, à l'exception des services fournis par un gestionnaire de cas		✓
16	Les services de soins auxiliaires	Dispensés par les fournisseurs de soins médicaux et autres fournisseurs de soins professionnels	Dispensés par la famille, les voisins et autres fournisseurs de soins non professionnels
17	Les services de gestionnaire de cas	✓	
24	Rapports/certificats <ul style="list-style-type: none"> • Certificat d'invalidité (FDIO-3) • Programme de traitement (FDIO-18) • Demande d'évaluation d'une déficience invalidante (FDIO-19) • Évaluation des besoins en soins auxiliaires (Formule 1) 	✓	

Article de l'AIAL	Type de service ou de produits	Précisés aux fins de l'article 44.1	Non précisés aux fins de l'article 44.1
24.1	Consultations	✓	
42	Examens exigés par l'assureur	✓	
42.1	Examens et rapports visés par l'article 42.1 de l'AIAL	✓	

Annexe 3

Règles de validation

Numéro	Champ	Description	N° de validation
FDIO-18 Règles de présentation			
1	Numéro de la police/demande	On doit indiquer le numéro de la police ou de la demande.	PM-CSR1
2	Date de l'accident	La date de l'accident doit être égale ou antérieure à la date du jour.	PM-CSR7
3	Date de naissance	La date de naissance d'un demandeur doit être égale ou antérieure à la date de l'accident.	PM-CSR4
4	Date de naissance	Le demandeur ne peut avoir plus de 120 ans.	PM-CSR6
5	Nom de l'établissement	Tous les établissements et fournisseurs énumérés sur le formulaire doivent être inscrits au Système DRSSAA, à l'exception du praticien de la santé mentionné à la partie 5 du FDIO-18.	PM-CSR28
6	Profession	La profession du praticien de la santé doit être une des professions énumérées à l'AIAL.	PM-18R9
7	Date de signature	La date de la signature du praticien de la santé doit être égale ou postérieure à la date de l'accident.	PM-18R7
8	Profession	La profession du praticien de la santé réglementé doit être une des professions de la santé réglementées énumérées ou être désignée « autre ».	PM-18R10
9	Date de signature	La date de la signature du praticien de la santé réglementé ou du travailleur social doit être égale ou postérieure à la date de l'accident.	PM-18R6
10	Code de blessure	Le document doit indiquer au moins une blessure.	PM-CSR14
11	Rubrique	Il doit y avoir au moins une rubrique de produits et de services. Une rubrique peut être une séance de traitement.	PM-18R5

Numéro	Champ	Description	N° de validation
12	Quantité	La quantité estimative de produits ou de services d'une rubrique doit être supérieure à zéro pour toutes les rubriques.	PM-CSR9
13	Quantité	Si la mesure est GD, PR, PG, SN, la quantité doit être un nombre entier et supérieure à zéro.	s/o
14	Mesure	Si le code de section est S, la mesure doit être SN.	s/o
15	Mesure	Si le code de section est G, la mesure doit être GD.	s/o
16	Mesure	Si le code d'intervention est TT, la mesure doit être HR.	s/o
17	Mesure	Si le code d'intervention est KM, la mesure doit être KM.	s/o
18	Nombre	Le nombre projeté pour chaque rubrique de produits et services doit être supérieur à zéro.	PM-18R2
19	Coût total	Le coût total projeté pour chaque rubrique de produits et services doit être <ul style="list-style-type: none"> • supérieur à zéro • et doit être égal au coût multiplié par le nombre total projeté 	PM-18R1
20	Total partiel	Le total partiel indiqué sur le document doit être égal à la somme de toutes les rubriques.	PM-CSR10
21	TPS	Le montant de la TPS doit être supérieur ou égal à zéro.	PM-CSR11
22	TVP	Le montant de la TVP doit être supérieur ou égal à zéro.	PM-CSR12
23	Total de l'assureur	Le montant total de l'assureur automobile du régime doit être <ul style="list-style-type: none"> • supérieur à zéro • et égal à la somme du total partiel, de la TPS, de la TVP, du MSSLD et des autres assureurs 1 et 2. Nota : Le montant du MSSLD et des autres assureurs 1 et 2 peut être (+/-). (-) indique un montant à recevoir. (+) indique un montant antérieurement désigné payable mais déclaré inadmissible.	PM-CSR13
24	Durée du traitement	La durée estimative du programme de traitement (en semaines) doit être supérieure à zéro.	PM-18R3
25	Date de la signature du demandeur	La date de la signature d'un demandeur doit être <ul style="list-style-type: none"> • égale ou antérieure à la date du jour • et égale ou postérieure à la date de l'accident 	PM-CSR31
FDIO-22 Règles de présentation			
1	Numéro de la police/demande	On doit indiquer le numéro de la police ou de la demande.	PM-CSR1
2	Date de l'accident	La date de l'accident doit être égale ou antérieure à la date du jour.	PM-CSR7
3	Date de naissance	La date de naissance d'un demandeur doit être égale ou antérieure à la date de l'accident.	PM-CSR4
4	Date de naissance	Le demandeur ne peut avoir plus de 120 ans.	PM-CSR6

Numéro	Champ	Description	N° de validation
5	Nom de l'établissement	Tous les établissements et fournisseurs énumérés sur le formulaire doivent être inscrits au Système DRSSAA.	PM-CSR28
6	Profession	La profession du praticien de la santé réglementé doit être une des professions de la santé réglementées énumérées au formulaire ou être désignée « autre ».	PM-22R5
7	Date de signature	La date de la signature du praticien de la santé réglementé ou du travailleur social doit être égale ou postérieure à la date de l'accident.	PM-22R4
8	Nature de l'évaluation ou de l'examen	On doit cocher une case.	s/o
9	Date de l'évaluation antérieure	Si la date de l'évaluation antérieure est indiquée, elle doit être postérieure ou égale à la date de naissance du demandeur.	PM-22R1
10	Rubrique	Il doit y avoir au moins une rubrique de produits et services.	PM-22R3
11	Quantité	La quantité estimative de produits ou de services d'une rubrique doit être supérieure à zéro pour toutes les rubriques.	PM-CSR9
12	Quantité	Si la mesure est GD, PR, PG, SN, la quantité doit être un nombre entier et supérieure à zéro.	s/o
13	Mesure	Si le code de section est S, la mesure doit être SN.	s/o
14	Mesure	Si le code de section est G, la mesure doit être GD.	s/o
15	Mesure	Si le code d'intervention est TT, la mesure doit être HR.	s/o
16	Mesure	Si le code d'intervention est KM, la mesure doit être KM.	s/o
17	Total partiel	Le total partiel indiqué sur le document doit être égal à la somme de toutes les rubriques.	PM-CSR10
18	TPS	Le montant de la TPS doit être supérieur ou égal à zéro.	PM-CSR11
19	TVP	Le montant de la TVP doit être supérieur ou égal à zéro.	PM-CSR12
20	Total de l'assureur	Le montant total de l'assureur automobile du régime doit être <ul style="list-style-type: none"> • supérieur à zéro • et égal à la somme du total partiel, de la TPS, de la TVP, du MSSLD et des autres assureurs 1 et 2. Nota : Le montant du MSSLD et des autres assureurs 1 et 2 peut être (+/-). (-) indique un montant à recevoir. (+) indique un montant antérieurement désigné payable mais déclaré inadmissible.	PM-CSR13
22	Date de la signature du demandeur	La date de la signature d'un demandeur doit être <ul style="list-style-type: none"> • égale ou antérieure à la date du jour • et égale ou postérieure à la date de l'accident 	PM-CSR31

Numéro	Champ	Description	N° de validation
DFIO-23 Règles de présentation			
1	Numéro de la police/demande	On doit indiquer le numéro de la police ou de la demande.	PM-CSR1
2	Date de l'accident	La date de l'accident doit être égale ou antérieure à la date du jour.	PM-CSR7
3	Date de naissance	La date de naissance d'un demandeur doit être égale ou antérieure à la date de l'accident.	PM-CSR4
4	Date de naissance	Le demandeur ne peut avoir plus de 120 ans.	PM-CSR6
5	Nom de l'établissement	Tous les établissements et fournisseurs énumérés sur le formulaire doivent être inscrits au Système DRSSAA.	PM-CSR28
6	Code de blessure	Le document doit indiquer au moins une blessure.	PM-CSR14
7	Profession	La profession du praticien de la santé réglementé doit être une des professions de la santé réglementées énumérées à l'AIAL.	PM-23R16
8	Date de signature	La date de la signature du praticien de la santé doit être égale ou postérieure à la date de l'accident.	PM-23R10
9	Quantité	La quantité estimative de produits ou de services d'une rubrique doit être supérieure à zéro pour toutes les rubriques.	PM-CSR9
10	Quantité	Si la mesure est GD, PR, PG, SN, la quantité doit être un nombre entier et supérieure à zéro.	s/o
11	Mesure	Si le code de section est S, la mesure doit être SN.	s/o
12	Mesure	Si le code de section est G, la mesure doit être GD.	s/o
13	Mesure	Si le code d'intervention est TT, la mesure doit être HR.	s/o
14	Mesure	Si le code d'intervention est KM, la mesure doit être KM.	s/o
15	Total partiel	Le total partiel de la partie 9 du document doit être égal à la somme de toutes les rubriques de la partie 9.	PM-CSR
16	Total partiel	Le total partiel de la partie 11 du document doit être égal à la somme de toutes les rubriques de la partie 11.	PM-CSR
17	Total	Le total du document doit être égal à la somme du total partiel de la partie 9 et du total partiel de la partie 11.	
18	Type de lignes directrices pré-autorisées	Le type de lignes directrices pré-autorisées doit être <ul style="list-style-type: none"> • Lignes directrices préautorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade I • ou Lignes directrices préautorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade II 	PM-23R2

Numéro	Champ	Description	N° de validation
19	Frais	Pour une blessure associée à une entorse cervicale de stade I, les services suivants peuvent être énumérés et sont couverts en vertu des lignes directrices préautorisées : <ul style="list-style-type: none"> • Soins et traitements additionnels, maximum du barème de remboursement pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade I Nota : <ul style="list-style-type: none"> • Les droits de transfert sont valides seulement si le praticien de la santé n'est pas le praticien responsable du dossier. 	PM-23R4
20	Produits et services	Pour une blessure associée à une entorse cervicale de stade II, les seuls produits et services pouvant être associés aux « autres produits et services régis par les Lignes directrices pré-autorisées et nécessitant l'approbation de l'assureur » sont les suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Activités d'intervention de la vie courante (ANLI) • Temps de voyage, la mesure doit être HR. • Millage, la mesure doit être KM. • Séances dans le cadre de la prolongation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées (P.W2.EV) • Radiographies non inscrites au barème de remboursement des radiographies des Lignes directrices préautorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade II 	PM-23R8
21	Frais	Le total des frais au titre des Lignes directrices pré-autorisées doit être supérieur à zéro.	PM-23R24
22	Date de la signature du demandeur	La date de la signature d'un demandeur doit être <ul style="list-style-type: none"> • égale ou antérieure à la date du jour • et égale ou postérieure à la date de l'accident 	PM-CSR31
FDIO-21B Règles de présentation			
1	Numéro de la police/demande	On doit indiquer le numéro de la police ou de la demande.	PM-CSR1
2	Date de l'accident	La date de l'accident doit être égale ou antérieure à la date du jour.	PM-CSR7
3	Date de naissance	La date de naissance d'un demandeur doit être égale ou antérieure à la date de l'accident.	PM-CSR4
4	Date de naissance	Le demandeur ne peut avoir plus de 120 ans.	PM-CSR6
5	Nom de l'établissement	Tous les établissements et fournisseurs énumérés sur le formulaire doivent être inscrits au Système DRSSAA.	PM-CSR28

Numéro	Champ	Description	N° de validation
6	Code de blessure	Le document doit indiquer au moins une blessure.	PM-CSR14
7	Nom du bénéficiaire	Le bénéficiaire pour une facture doit être l'établissement associé à l'utilisateur qui crée la facture.	IMBR-CS6
8	Date de signature	La date de la signature du signataire autorisé doit être postérieure ou égale à la date de l'accident.	IMBR-CS42
9	Facture	Une facture créée au titre d'un régime ne peut être associée qu'à ce régime. On doit créer une nouvelle facture pour les produits et services offerts au titre de plusieurs régimes.	IMBR-CS22
10	Quantité	La quantité estimative de produits ou de services d'une rubrique doit être supérieure à zéro pour toutes les rubriques.	PM-CSR9
11	Quantité	Si la mesure est GD, PR, PG, SN, la quantité doit être un nombre entier et supérieure à zéro.	s/o
12	Mesure	Si le code de section est S, la mesure doit être SN.	s/o
13	Mesure	Si le code de section est G, la mesure doit être GD.	s/o
14	Mesure	Si le code d'intervention est TT, la mesure doit être HR.	s/o
15	Mesure	Si le code d'intervention est KM, la mesure doit être KM.	s/o
16	Date du service	La date de prestation d'un produit ou service doit être égale ou postérieure à la date de l'accident.	IMBR-CS7
17	Quantité	La quantité de produits ou de services offerts doit être supérieure à zéro.	IMBR-CS9
18	Nom du fournisseur	Chaque produit ou service peut être offert par plus d'un fournisseur de soins, mais on peut inscrire sur la facture le nom d'un seul fournisseur pour chaque produit ou service offert. Le nom du fournisseur principal doit être inscrit. Ce dernier est le fournisseur qui consacre le plus de temps à la prestation du produit ou du service.	IMBR-CS14
19	Autre type de services	Si l'on inscrit « autre type de services » à la rubrique portant sur les montants de l'autre assurance, on doit en fournir une description.	IMBR-CS5
20	Total partiel	Le total partiel du document doit être égal à <ul style="list-style-type: none"> • la somme de toutes les rubriques, plus • la somme de la TPS et de la TVP indiquée à chaque rubrique 	PM-CSR10

Numéro	Champ	Description	N° de validation
21	Total de l'assureur	Le montant total de l'assureur automobile du régime doit être <ul style="list-style-type: none"> • supérieur à zéro • et égal à la somme du total partiel, de la TPS, de la TVP, du MSSLD et des autres assureurs 1 et 2. Nota : Le montant du MSSLD et des autres assureurs 1 et 2 peut être (+/-). (-) indique un montant à recevoir. (+) indique un montant antérieurement désigné payable mais déclaré inadmissible	IMBR-CR1
FDIO-21C Règles de présentation			
1	Numéro de la police/demande	On doit indiquer le numéro de la police ou de la demande.	PM-CSR1
2	Date de l'accident	La date de l'accident doit être égale ou antérieure à la date du jour.	PM-CSR7
3	Date de naissance	La date de naissance d'un demandeur doit être égale ou antérieure à la date de l'accident.	PM-CSR4
4	Date de naissance	Le demandeur ne peut avoir plus de 120 ans.	PM-CSR6
5	Nom de l'établissement	Tous les établissements et fournisseurs énumérés sur le formulaire doivent être inscrits au Système DRSSAA.	PM-CSR28
6	Nom du bénéficiaire	Le bénéficiaire pour une facture doit être l'établissement associé à l'utilisateur qui crée la facture.	IMBR-CS6
7	Date de signature	La date de la signature du signataire autorisé doit être postérieure ou égale à la date de l'accident.	IMBR-CS42
8	Code de blessure	Le document doit indiquer au moins une blessure.	PM-CSR14
9	Produits et services	On doit utiliser la version C de la facture FDIO OCF-21 pour facturer les produits et services conformes aux lignes directrices préautorisées.	IMBR-CS1
10	Quantité	La quantité estimative de produits ou de services d'une rubrique doit être supérieure à zéro pour toutes les rubriques.	PM-CSR9
11	Quantité	Si la mesure est GD, PR, PG, SN, la quantité doit être un nombre entier et supérieure à zéro.	s/o
12	Mesure	Si le code de section est S, la mesure doit être SN.	s/o
13	Mesure	Si le code de section est G, la mesure doit être GD.	s/o
14	Mesure	Si le code d'intervention est TT, la mesure doit être HR.	s/o
15	Mesure	Si le code d'intervention est KM, la mesure doit être KM.	s/o
16	Date du service	La date de prestation d'un produit ou service doit être égale ou postérieure à la date de l'accident.	IMBR-CS7

Numéro	Champ	Description	N° de validation
17	Quantité	La quantité de produits ou de services offerts doit être supérieure à zéro.	IMBR-CS9
18	Nom du fournisseur	Chaque produit ou service peut être offert par plus d'un fournisseur de soins de santé, mais on peut inscrire sur la facture le nom d'un seul fournisseur pour chaque produit ou service offert. Le nom du fournisseur principal doit être inscrit. Ce dernier est le fournisseur qui consacre le plus de temps à la prestation du produit ou du service.	IMBR-CS14
19	Frais	Aux fins du FDIO-21 C, les frais estimatifs des rubriques figurant à « Frais remboursables selon les Lignes directrices pré-autorisées » approuvés par l'assureur ne doivent pas excéder le montant maximal précisé dans la version actuelle des Lignes directrices préautorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade I et de stade II.	IMBR-CS
20	Types de lignes directrices pré-autorisées	Aux fins du FDIO-21C, le type de ligne directrice pré-autorisée pour une facture doit être le même que celui qui est indiqué sur le régime d'origine.	IMBR-CS28
21	Frais	Aux fins du FDIO-21C, il doit y avoir au moins une catégorie de frais remboursables selon les Lignes directrices pré-autorisées.	IMBR-CS29
22	Frais	Aux fins du FDIO-21C, le total des frais selon les Lignes directrices pré-autorisées doit être égal à la somme de tous les frais individuels remboursables.	IMBR-CS30
23	Autre type de services	Si l'on inscrit « autre type de services » à la rubrique portant sur les montants de l'autre assurance, on doit en fournir une description.	IMBR-CS5
24	Autres services	Aux fins des Lignes directrices préautorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade I, les autres services pré-autorisés ne sont pas applicables et un fournisseur ne peut facturer d'autres services pré-autorisés.	IMBR-CS26
25	Autres produits remboursables	Aux fins des Lignes directrices préautorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade II, la section sur les autres produits et services remboursables approuvés de la version C du FDIO-21 ne peut inclure que les produits et services suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Activités d'intervention de la vie courante (ANLI) • Temps de voyage • Millage • Séances dans le cadre de la prolongation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées (P.W2.EV) • Radiographies non inscrites au barème de paiement des radiographies des Lignes directrices préautorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade II 	IMBR-CS27

Numéro	Champ	Description	N° de validation
26	Totaux	Aux fins du FDIO-21C, le total des autres produits et services doit être égal à la somme de tous les produits et services remboursables précisés.	IMBR-CS31
27	Total partiel	Le total partiel indiqué sur le document doit être égal à la somme de toutes les rubriques.	PM-CSR10
28	TPS	Le montant de la TPS doit être supérieur ou égal à zéro.	PM-CSR11
29	TVP	Le montant de la TVP doit être supérieur ou égal à zéro.	PM-CSR12
30	Total de l'assureur	Le montant total de l'assureur automobile du régime doit être <ul style="list-style-type: none"> • supérieur à zéro • et égal à la somme du total partiel, de la TPS, de la TVP, du MSSLD et des autres assureurs 1 et 2. Nota : Le montant du MSSLD et des autres assureurs 1 et 2 peut être (+/-). (-) indique un montant à recevoir. (+) indique un montant antérieurement désigné payable mais déclaré inadmissible.	IMBR-CR1

FDIO-21A Règles de présentation			
1	Numéro de la police/demande	On doit indiquer le numéro de la police ou de la demande.	PM-CSR1
2	Date de l'accident	La date de l'accident doit être égale ou antérieure à la date du jour.	PM-CSR7
3	Date de naissance	La date de naissance d'un demandeur doit être égale ou antérieure à la date de l'accident.	PM-CSR4
4	Date de naissance	Le demandeur ne peut avoir plus de 120 ans.	PM-CSR6
5	Nom de l'établissement	Tous les établissements et fournisseurs énumérés sur le formulaire doivent être inscrits au Système DRSSAA.	PM-CSR28
6	Code de blessure	Le document doit indiquer au moins une blessure.	PM-CSR14
7	Nom du bénéficiaire	Le bénéficiaire pour une facture doit être l'établissement associé à l'utilisateur qui crée la facture.	IMBR-CS6
8	Date de signature	La date de la signature du signataire autorisé doit être postérieure ou égale à la date de l'accident.	IMBR-CS42
9	Facture	Une facture créée au titre d'un régime ne peut être associée qu'à ce régime. On doit créer une nouvelle facture pour les produits et services offerts au titre de plusieurs régimes.	IMBR-CS22
10	Date du service	La date de prestation d'un produit ou service doit être égale ou postérieure à la date de l'accident.	IMBR-CS7

11	Nom du fournisseur	Chaque produit ou service peut être offert par plus d'un fournisseur de soins de santé, mais on peut inscrire sur la facture le nom d'un seul fournisseur pour chaque produit ou service offert. Le nom du fournisseur principal doit être inscrit. Ce dernier est le fournisseur qui consacre le plus de temps à la prestation du produit ou du service.	IMBR-CS14
12	Autre type de services	Si l'on inscrit « autre type de services » à la rubrique portant sur les montants de l'autre assurance, on doit en fournir une description.	IMBR-CS5
13	Total partiel	Le total partiel du document doit être égal à <ul style="list-style-type: none"> • la somme de toutes les rubriques, plus • la somme de la TPS et de la TVP indiquée à chaque rubrique 	PM-CSR10
14	Total de l'assureur	Le montant total de l'assureur automobile du régime doit être <ul style="list-style-type: none"> • supérieur ou égal à zéro • et égal à la somme du total partiel (qui comprend la TPS et la TVP, le MSSLD, les montants des autres assureurs 1 et 2 et l'intérêt) 	IMBR-CR1