



Financial Services
Commission
of Ontario

Commission des
services financiers
de l'Ontario

Décembre 2007

Lignes directrices concernant le Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile

Lignes directrices du surintendant n° 07/07

Lignes directrices concernant le Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile

Introduction

Ces Lignes directrices remplacent les Lignes directrices de mise en œuvre du Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile n° 01/07 émises en avril 2007. Elles 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 à l'AIAL se rapportent aux modalités de remise de quelques formulaires de demande d'indemnités de l'AIAL envoyés dans certaines circonstances aux assureurs. 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 précisent :

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

Ces Lignes directrices s'appliquent aux documents visés qui sont remis 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

- **Le 2 avril 2007 ou après cette date, mais avant le 1^{er} février 2008 :**

La Commission des services financiers de l'Ontario conserve et tient 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 :

- 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 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.

- **Le 1^{er} février 2008 et après cette date :**

Ces Lignes directrices s'appliquent à tous les assureurs autorisés à traiter les demandes d'indemnités en vertu de l'AIAL au titre d'une police d'assurance automobile émise en Ontario. Elles s'appliquent également à tous les établissements et fournisseurs de soins de santé qui exercent en Ontario et envoient par la poste ou remettent autrement, le 1^{er} février 2008 ou après cette date, des documents visés par ces Lignes directrices. Aux fins des présentes Lignes directrices, chacun de ces assureurs est un assureur participant et chacun de ces établissements et de ces fournisseurs est un fournisseur participant.

Ces lignes directrices ne s'appliquent pas :

- aux réassureurs à l'égard des demandes d'indemnités en vertu d'un contrat de réassurance;
- aux réassureurs à l'égard desquels une ordonnance de liquidation a été rendue en vertu de la *Loi sur les liquidations et les restructurations* (Canada);
- 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 – AIAL, art. 44.1

Toute facture se rapportant aux produits ou services désignés à l'annexe 2 de ces Lignes directrices aux fins de l'art. 44.1 de l'AIAL 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.

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 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 que, sous réserve d'une exception (voir * ci-après), un document dont la présentation directe au BCT n'est pas exigée par ces Lignes directrices doit être remis directement à l'assureur d'une manière précisée au paragraphe 68 (2) de l'AIAL.

* Une facture FDIO-21 présentée à un assureur portant uniquement sur la préparation d'un Certificat d'invalidité (FDIO-3) peut être livrée au BCT conformément aux présentes Lignes directrices ou directement à l'assureur, au choix du fournisseur participant.

La sous-section 68 (3.2) de l'AIAL précise qu'un document visé par les présentes Lignes directrices est réputé non remis à l'assureur à moins d'être remis au BCT comme l'exigent les présentes Lignes directrices. Si un tel document est remis directement à un assureur, et non au BCT comme l'exigent ces Lignes directrices, l'assureur n'est pas tenu d'y répondre car il sera réputé ne pas l'avoir reçu.

Remise des documents au bureau central de traitement

Un document dont la présentation au BCT est exigée par ces Lignes directrices doit être remis à celui-ci de deux façons :

- (1) par voie électronique
- (2) en format papier

(1) Présentation des documents électroniques

Un document peut être remis au BCT 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** »).

Un fournisseur participant peut choisir de s'inscrire pour la présentation de documents électroniques ou pour la présentation de documents papier, mais il ne peut s'inscrire pour ces deux modes de présentation en même temps.

Tel que mentionné dans la section intitulée « **Règles régissant la date de réception des documents par les assureurs** », tout document remis au BCT par un fournisseur participant non inscrit sera réputé non reçu par l'assureur et ne sera pas traité.

(2) Présentation des documents papier

Le BCT a établi un centre de saisie des données qui pourra recevoir les documents papier remis par un fournisseur participant conformément à ces Lignes directrices le 7 janvier 2008 ou après cette date.

Le 7 janvier 2008 et après cette date, les documents pourront être remis au BCT en format papier par courrier, par télécopieur ou en personne, conformément aux alinéas 68 (2) a), b), c) ou d) de l'AIAL pourvu qu'ils soient adressés au centre de saisie des données du BCT comme suit :

HCAI Processing - Centre de saisie des données
Boîte postale 254
Orangeville (Ontario) L9W 3Z5
Numéro de télécopieur : (866) 346-6744

Les fournisseurs participants sont autorisés à remettre des documents papier au BCT tel que décrit précédemment après s'être inscrits (voir « **Inscription des utilisateurs et des fournisseurs** »).

Un fournisseur participant peut choisir de s'inscrire pour la présentation de documents électroniques ou pour la présentation de documents papier, mais il ne peut s'inscrire pour ces deux modes de présentation en même temps.

Tel que mentionné dans la section intitulée « **Règles régissant la date de réception des documents par les assureurs** », un document remis au centre de saisie des données du BCT par un fournisseur participant non inscrit de même qu'un document remis par un fournisseur participant avant le 7 janvier 2008 seront réputés non reçus par l'assureur et ne seront pas traités.

Pièces jointes aux documents assujettis aux présentes Lignes directrices

Aux fins des présentes Lignes directrices, le terme « pièces jointes » s'entend du matériel (p. ex. pages additionnelles, rapports, résultats de tests) soumis à l'appui d'un document visé par ces Lignes directrices.

Si un fournisseur participant détermine qu'il doit envoyer une ou plusieurs pièces jointes 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. Le fournisseur participant doit préciser, dans le champ prévu à cette fin dans le document, le nombre de pièces jointes remises.
2. Le document lui-même (à l'exclusion des pièces jointes) doit être remis au BCT (s'il est en format électronique) ou au centre de saisie des données du BCT (s'il est en format papier), tel que décrit précédemment.
3. Les pièces jointes ne doivent pas être livrées au BCT (ni au centre de saisie des données du 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.

À noter que toute pièce jointe remise au BCT ou au centre de saisie des données du BCT sera réputée non reçue par l'assureur, ne sera pas retournée et sera détruite.

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, 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 normale de l'Est, 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, 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.

Tel que mentionné précédemment, l'AIAL précise également (par. 68 (3.2)) qu'un document visé par les présentes Lignes directrices est réputé reçu par un assureur uniquement s'il est remis d'une manière précisée dans celles-ci. Un document remis au BCT (soit directement ou par l'entremise de son centre de

saisie des données) par un fournisseur participant non inscrit de même qu'un document papier remis au centre de saisie des données du BCT par un fournisseur participant avant le 7 janvier 2008 ne sont pas remis d'une manière précisée dans ces Lignes directrices et, par conséquent, sont réputés non remis à un assureur.

Production des documents

Un document auquel les présentes Lignes directrices 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.

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. Tel que mentionné précédemment, 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

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.

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 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 jusqu'au 1^{er} février 2008 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 – 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	✓	
	Examens, rapports/certificats, etc.		
24	Certificat d'invalidité (FDIO-3)		✓
24	Programme de traitement (FDIO-18)	✓	
24	Demande d'évaluation d'une déficience invalidante (FDIO-19)	✓	

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	Évaluation des besoins en soins auxiliaires (Formule 1)	✓	
24.1	Consultations	✓	
32.1 et 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 » « et le signataire doit être associé à l'établissement qui présente la demande ».	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
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

Numéro	Champ	Description	N° de validation
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 ou égal à zéro • et égal à la somme du total partiel (qui inclut la TPS, la TVP, le montant du MSSLD et des autres assureurs 1 et 2 ainsi que l'intérêt). 	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
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 » « et le signataire doit être associé à l'établissement qui présente la demande ».	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

Numéro	Champ	Description	N° de validation
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 ou égal à zéro • et égal à la somme du total partiel (qui inclut la TPS, la TVP, le montant du MSSLD et des autres assureurs 1 et 2 ainsi que l'intérêt). 	PM-CSR13
21	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-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

Numéro	Champ	Description	N° de validation
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	Frais	Le total des frais au titre des Lignes directrices pré-autorisées doit être supérieur à zéro.	PM-23R24
19	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
6	Code de blessure	Le document doit indiquer au moins une blessure.	PM-CSR14

Numéro	Champ	Description	N° de validation
7	Nom du bénéficiaire	Le bénéficiaire pour une facture doit être l'établissement associé à l'utilisateur qui crée la facture, à moins que l'établissement décide de ne pas « verrouiller le bénéficiaire » en s'inscrivant au Système DRSSAA. Si c'est le cas, le bénéficiaire peut être quelqu'un d'autre que l'établissement.	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
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. 	IMBR-CR1

Numéro	Champ	Description	N° de validation
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, à moins que l'établissement décide de ne pas « verrouiller le bénéficiaire » en s'inscrivant au Système DRSSAA. Si c'est le cas, le bénéficiaire peut être quelqu'un d'autre que l'établissement.	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
17	Quantité	La quantité de produits ou de services offerts doit être supérieure à zéro.	IMBR-CS9

Numéro	Champ	Description	N° de validation
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	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
20	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
21	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
22	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
23	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
24	Total partiel	Le total partiel indiqué sur le document doit être égal à la somme de toutes les rubriques.	PM-CSR10
25	TPS	Le montant de la TPS doit être supérieur ou égal à zéro.	PM-CSR11
26	TVP	Le montant de la TVP doit être supérieur ou égal à zéro.	PM-CSR12
27	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. 	IMBR-CR1
FDIO-21A Règles de présentation – applicables uniquement au centre de saisie des données			
1	Numéro du régime	Le centre de saisie des données n'accepte pas un formulaire FDIO-21A s'il n'a pas auparavant reçu un Programme de traitement (FDIO-18) ou une Demande d'approbation pour une évaluation ou un examen (FDIO-22). Dans ce cas, on doit soumettre un formulaire FDIO-21B.	BR-DEC-00
2	Numéro de la police/demande	On doit indiquer le numéro de la police ou de la demande.	PM-CSR1
3	Date de l'accident	La date de l'accident doit être égale ou antérieure à la date du jour.	PM-CSR7
4	Date de naissance	La date de naissance d'un demandeur doit être égale ou antérieure à la date de l'accident.	PM-CSR4
5	Date de naissance	Le demandeur ne peut avoir plus de 120 ans.	PM-CSR6

Numéro	Champ	Description	N° de validation
6	Nom de l'établissement	Tous les établissements et fournisseurs énumérés sur le formulaire doivent être inscrits au Système DRSSAA.	PM-CSR28
7	Code de blessure	Le document doit indiquer au moins une blessure.	PM-CSR14
8	Nom du bénéficiaire	Le bénéficiaire pour une facture doit être l'établissement associé à l'utilisateur qui crée la facture, à moins que l'établissement décide de ne pas « verrouiller le bénéficiaire » en s'inscrivant au Système DRSSAA. Si c'est le cas, le bénéficiaire peut être quelqu'un d'autre que l'établissement.	IMBR-CS6
9	Date de signature	La date de la signature du signataire autorisé doit être postérieure ou égale à la date de l'accident.	IMBR-CS42
10	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
11	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
12	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
13	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
14	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
15	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