



Financial Services
Commission
of Ontario

Commission des
services financiers
de l'Ontario

Septembre 2009

**Lignes directrices pilotes de 2009
concernant le Système de demandes de règlement
pour soins de santé liés à l'assurance-automobile**

Lignes directrices du surintendant n° 03/09

Lignes directrices pilotes de 2009 concernant le Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile

Introduction

Les Lignes directrices pilotes de 2009 concernant le Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile (Lignes directrices pilotes) s'appliquent en vertu du paragraphe 268.3 (1) de la *Loi sur les assurances* et aux fins des paragraphes 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.

Ces lignes directrices remplacent les Lignes directrices concernant le Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile n° 07/07 qui avaient été émises en décembre 2007. Ces nouvelles lignes directrices visent à faciliter le rétablissement graduel du Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile (DRSSAA) qui avait été suspendu temporairement le 11 mars 2008 par le Bulletin du surintendant n° A-01/08. Dans le cadre de la phase pilote, seuls les assureurs et les fournisseurs de soins de santé qui se portent volontaires pour participer seront régis par ces lignes directrices. Si, à la fin de cette phase, le Système DRSSAA répond aux attentes en matière de rendement, on prévoit émettre d'autres lignes directrices pour établir le processus et l'échéancier pour la mise en oeuvre, de façon graduelle, des règles de participation obligatoire s'appliquant à tous les assureurs et fournisseurs de soins de santé.

Ainsi, un document visé par ces lignes directrices pilotes qui, auparavant, aurait été 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 pilotes précisent :

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

Les Lignes directrices pilotes s'appliquent aux documents visés qui sont remis le 28 septembre 2009 ou après cette date, peu importe la date de l'accident auquel ils se rapportent.

Assureurs et fournisseurs assujettis aux Lignes directrices pilotes

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 Lignes directrices pilotes :

- un assureur visé est un assureur participant;
- 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.

Les Lignes directrices pilotes 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 de responsabilité automobile émise en Ontario.

Les Lignes directrices pilotes 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 Lignes directrices pilotes et du par. 68 (3.2) de l'AIAL. Il s'agit d'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 BCT joue principalement le rôle 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 de règlement et les décisions de paiement aux fournisseurs de biens et services de

nature médicale 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 biens et services qu'elles sont tenues de fournir en vertu des contrats d'assurance-automobile.

Factures pour les biens et services visés par les Lignes directrices pilotes – AIAL, art. 44.1

Toute facture se rapportant aux biens ou services désignés à l'annexe 2 des Lignes directrices pilotes 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 biens 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;
- le paiement de la facture présentée 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 les Lignes directrices pilotes.

Les fournisseurs participants doivent présenter aux assureurs participants des factures séparées pour les biens et services désignés à l'annexe 2 et pour ceux qui ne le sont pas. Ils doivent également leur présenter des factures séparées pour les biens et services dispensés en Ontario et pour ceux qui ne le sont pas.

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 Lignes directrices pilotes :

FDIO-18	Programme de traitement – AIAL, art. 38
FDIO-21	Facture d'assurance-automobile standard – AIAL, art. 44.1 – mais seulement si les Lignes directrices pilotes exigent l'utilisation de cette formule pour les biens 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 préautorisées – 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 les Lignes directrices pilotes 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 remise au BCT conformément aux Lignes directrices ou directement à l'assureur, au choix du fournisseur participant.

Le paragraphe 68 (3.2) de l'AIAL précise qu'un document visé par les Lignes directrices est réputé ne pas avoir été remis à l'assureur à moins d'être remis au BCT comme l'exigent les 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 les Lignes directrices pilotes doit être remis à celui-ci par voie électronique de manière 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** »).

Tel que mentionné dans la section ci-après 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 ne pas avoir été reçu par l'assureur et ne sera pas traité.

Présentation des documents papier

On s'attend à ce que le centre de saisie des données du BCT, qui a été en activité auparavant, sera à un moment donné en mesure de recevoir les documents papier envoyés par la poste, par télécopie ou remis à personne conformément aux alinéas 68 (2) a), b), c) ou d) de l'AIAL. Une version modifiée de ces lignes directrices, indiquant les règles s'appliquant à la présentation des documents papier, sera émise à ce moment-là. Entre-temps, il n'est pas possible de soumettre des documents papier au BCT.

Pièces jointes aux documents assujettis aux Lignes directrices pilotes

Aux fins des 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 tel que décrit précédemment.
3. Les pièces jointes ne doivent pas être remises 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.

À noter que toute pièce jointe remise au BCT sera réputée ne pas avoir été 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 (soit 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 aux Lignes directrices pilotes, est réputé reçu par l'assureur auquel il est adressé. Brièvement, ces règles prévoient ce qui suit :

1. **Document sans pièce jointe** – est réputé avoir été 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 pilotes est dûment rempli et contient tous les renseignements dont l'AIAL exige l'inclusion.
2. **Document avec pièces jointes** – est réputé avoir été 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 pilotes est dûment rempli et contient tous les renseignements dont l'AIAL exige l'inclusion;
 - 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 avoir été 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 pilotes, 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 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 Lignes directrices pilotes est réputé avoir été reçu par un assureur uniquement s'il est remis d'une manière précisée dans celles-ci. Un document remis au BCT par un fournisseur participant non inscrit n'est pas remis d'une manière précisée dans ces lignes directrices et, par conséquent, est réputé ne pas avoir été remis à un assureur.

Production des documents

Un document auquel les Lignes directrices pilotes 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 Lignes directrices pilotes.

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

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

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, Amélioration canadienne (CIM-10-CA), qui est tenue 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 biens et services facturés aux compagnies d'assurance-automobile par les fournisseurs non couverts par la CCI, la liste intitulée Goods, Administration, and Other Codes (biens, 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

Lorsque l'AIAL exige qu'un assureur participant fournisse des renseignements au BTC, ceux-ci doivent être remis au BTC par voie électronique de manière qu'il puisse les récupérer et les 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 Lignes directrices pilotes 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, qui sont 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 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 pilotes

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 Lignes directrices pilotes.

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

Pendant une période de suspension, les exigences des Lignes directrices pilotes 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 biens et services assujettis aux Lignes directrices – AIAL, art. 44.1

Article ou alinéa du l'AIAL	Type de service ou de biens	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 et dentaires, les services d'optométrie et 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 biens 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 ou alinéa du l'AIAL	Type de service ou de biens	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 biens 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 de santé 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)	✓	
24	Évaluation des besoins en soins	✓	

Article ou alinéa du l'AIAL	Type de service ou de biens	Précisés aux fins de l'article 44.1	Non précisés aux fins de l'article 44.1
	auxiliaires (Formule 1)		
24.1	Consultations	✓	
32.1 et 42	Examens exigés par l'assureur	✓	
38.2	Demande d'approbation pour une évaluation ou un examen (FDIO-22)	✓	
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 biens et de services. Une rubrique peut être une séance de traitement.	PM-18R5
12	Quantité	La quantité estimative de biens 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 d'intervention 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 biens et services doit être supérieur à zéro.	PM-18R2

Numéro	Champ	Description	N° de validation
19	Coût total	Le coût total projeté pour chaque rubrique de biens 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 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.
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

Numéro	Champ	Description	N° de validation
10	Rubrique	Il doit y avoir au moins une rubrique de biens et de services.	PM-22R3
11	Quantité	La quantité estimative de biens 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
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 biens ou de services d'une rubrique doit être supérieure à zéro pour toutes les rubriques.	PM-CSR9

Numéro	Champ	Description	N° de validation
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 préautorisées 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-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
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

Numéro	Champ	Description	N° de validation
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 biens et services offerts au titre de plusieurs régimes.	IMBR-CS22
11	Date du service	La date de prestation d'un bien ou service doit être égale ou postérieure à la date de l'accident.	IMBR-CS7
12	Nom du fournisseur	Chaque bien 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 bien 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 bien 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 inclut la TPS, la TVP, le montant du MSSLD et des autres assureurs 1 et 2 ainsi que l'intérêt). 	IMBR-CR1
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 biens et services offerts au titre de plusieurs régimes.	IMBR-CS22
10	Quantité	La quantité estimative de biens 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 bien ou service doit être égale ou postérieure à la date de l'accident.	IMBR-CS7
17	Quantité	La quantité de biens ou de services offerts doit être supérieure à zéro.	IMBR-CS9
18	Nom du fournisseur	Chaque bien 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 bien 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 bien 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 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). 	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	Biens et services	On doit utiliser la version C de la facture FDIO-21 pour facturer les biens et services conformes aux Lignes directrices préautorisées.	IMBR-CS1
10	Quantité	La quantité estimative de biens 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 bien ou service doit être égale ou postérieure à la date de l'accident.	IMBR-CS7
17	Quantité	La quantité de biens ou de services offerts doit être supérieure à zéro.	IMBR-CS9
18	Nom du fournisseur	Chaque bien 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 bien 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 bien ou du service.	IMBR-CS14

Numéro	Champ	Description	N° de validation
19	Types de Lignes directrices préautorisées	Aux fins du FDIO-21C, le type de Lignes directrices préautorisées 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 préautorisées.	IMBR-CS29
21	Frais	Aux fins du FDIO-21C, le total des frais selon les Lignes directrices préautorisées 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	Total	Aux fins du FDIO-21C, le total des autres biens et services doit être égal à la somme de tous les biens 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 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). 	IMBR-CR1