

# Facture d'assurance-automobile standard (FDIO-21)

Formulaire à utiliser pour les accidents survenus à partir du 1<sup>er</sup> novembre 1996.

\*\*N° de la demande :

\*\*N° de la police :

Date de l'accident :  
(AAAAMJJ)

À utiliser pour des produits et services médicaux et de réhabilitation payables par un assureur automobile. Vous trouverez sur le site [www.hcainfo.ca](http://www.hcainfo.ca) un guide de l'utilisateur qui vous aidera à remplir le formulaire et ses différentes versions.

Veillez joindre la version C (pages 2 et 3) pour des traitements visés par la directive relative aux blessures mineures à l'occasion d'accidents survenus à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2010.

Veillez joindre la version A (page 2) dans le cas d'un programme de traitement ou d'un plan d'évaluation déjà approuvé.

Confidentialité : La collecte, l'utilisation et la divulgation de ces renseignements sont assujetties aux lois relatives à la protection de la vie privée.

La version B (pages 2 et 3) doit être employée pour tous les autres produits et services. Elle peut aussi être utilisée, à la discrétion du fournisseur, dans le cas de programmes de traitement et de plans d'évaluation déjà approuvés.

Tel qu'indiqué sur le formulaire, toutes les pièces jointes sont à envoyer directement à l'assureur.

Tous les champs sont à remplir, sous réserve des exceptions suivantes :

\*exigé si l'information est connue

\*\*remplir au moins un champ dans cette section

\*\*\*facultatif

<b>Partie 1</b> Renseignements sur le demandeur	Date de naissance (AAAAMJJ)		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		*Téléphone - -		Poste			
	Nom									
	Prénom				*** Second prénom					
	Adresse									
	Ville			Province			Code postal			
<b>Partie 2</b> Renseignements sur l'assureur	Nom de l'assureur				Localité de la succursale (s'il y a lieu)					
	*Nom de l'expert				*Prénom de l'expert					
	* Téléphone de l'expert - -				Poste		*Télécopieur de l'expert - -			
	** Nom du titulaire de la police : <input type="checkbox"/> identique au demandeur OU		**Nom du titulaire de la police		*Prénom du titulaire de la police					
<b>Partie 3</b> Renseignements sur la facture	N° de facture		1 <sup>re</sup> facture <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		2 <sup>e</sup> facture <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
	<b>Dans le cas de produits et services déjà approuvés, complétez le tableau suivant :</b>									
	*Genre de plan ou de traitements selon la directive relative aux blessures mineures			*Date du progr. ou plan (AAAAMJJ)		N° de régime		*Montant approuvé	*Montant précédent	
	<input type="checkbox"/> Progr. de traitement et plan d'évaluation (FDIO-18) ♦									
	<input type="checkbox"/> Directive relat. aux blessures mineures			Type : *						
♦ Joindre la version A ou B				Joindre la version B à toutes les autres factures						
♣ Joindre la version C										
<b>Partie 4</b> Renseignements sur le bénéficiaire	Nom de l'établissement (s'il y a lieu)				N° d'inscription de l'emplacement dans le système DRSSAA		N° de permis de la CSFO (s'il y a lieu)			
	Nom du bénéficiaire				Prénom du bénéficiaire		N° du bénéficiaire (s'il y a lieu)			
	Adresse de facturation				Adresse de prestation des services (lieu où les services sont rendus, et non l'adresse du patient)					
	Ville		Province		Code postal		Ville		Province	Code postal
	Téléphone - -				Poste		*Télécopieur - -			
	*Courriel									
<p><b>JE CONFIRME QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SONT VÉRIDIQUES ET EXACTS.</b></p> <p><b>JE COMPRENDS QUE LA LOI SUR LES ASSURANCES CONSIDÈRE COMME UNE INFRACTION LE FAIT DE</b> faire sciemment une déclaration ou une affirmation fautive ou trompeuse à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance. Les secteurs réglementés peuvent faire l'objet d'un examen ou d'une enquête sur des questions relatives à un permis ou à toute pratique ou tout acte malhonnête ou mensonger. Le défaut de ne pas se conformer aux réglementations applicables peut entraîner des mesures d'application de la loi pouvant aller de sanctions administratives pécuniaires à des poursuites en vertu de la <i>Loi sur les infractions provinciales</i>,</p> <p><b>JE COMPRENDS QUE LE CODE CRIMINEL (CANADA) CONSIDÈRE COMME UNE INFRACTION LE FAIT DE</b> frauder ou tenter de frauder un assureur par supercherie, mensonge ou tout autre acte malhonnête. Les renseignements serviront à traiter les paiements des indemnités réclamées, à déterminer et à analyser la nature, les effets et les coûts des produits et services fournis aux victimes d'accidents d'automobile par les fournisseurs de soins de santé, ainsi qu'à <b>PRÉVENIR, À DÉTECTER ET À SUPPRIMER LES FRAUDES.</b></p>										
Nom du fournisseur ou du signataire autorisé (en lettres moulées)				Signature du fournisseur ou du signataire autorisé		Date (AAAAMJJ)				

Si l'adresse de prestation de services est la même que l'adresse de facturation, cochez la case suivante  
 et **NE REMPLISSEZ PAS l'adresse de prestation de services**



Chèque à l'ordre de :	
***Autres renseignements :	
<b>Y a-t-il des pièces jointes?</b> <input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <b>Dans l'affirmative, combien?</b> _____ <b>Les pièces jointes, s'il y en a, sont à envoyer directement à l'assureur</b>	

Réservé à l'assureur			
Examiné par :			
Approuvé par :			
Nom du bénéficiaire :			
Montant payé :	Total :	Intérêts :	Total global :



### FDIO-21 - Version B - page 3

Les pages 2 et 3 de la version B sont utilisées ensemble pour facturer les produits et services qui n'ont pas été antérieurement approuvés par l'assureur au moyen d'un formulaire FDIO-18. Elles peuvent servir, à la discrétion du fournisseur, à facturer tout produit ou service à l'exception de ceux visés par la directive relative aux blessures mineures (utilisez la version C - pages 2 et 3).

<b>AUTRE ASSURANCE - J'ai effectué des vérifications raisonnables sur le demandeur et j'ai déterminé que :</b>	
<input type="checkbox"/> <b>NON</b> Aucune autre assurance identifiée ne couvre ces produits et services <input type="checkbox"/> <b>OUI</b> Une autre assurance pourrait couvrir au moins une partie de ces produits et services.	
MSSLD	Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) couvre-t-il un ou plusieurs des produits et services indiqués dans cette facture? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet
Autre assureur 1	*Nom de l'autre assureur
	*N° de police ou de régime de l'autre assureur
Autre assureur 2	*Nom de l'autre assureur
	*N° de police ou de régime de l'autre assureur
*Code d'identification de l'autre assureur	
*Code d'identification de l'autre assureur	
Les détails sur l'autre assureur ne sont pas requis s'ils sont identiques à ceux figurant dans un programme préautorisé.	

Autre assurance (pour les produits et services sur la présente facture)	Entrez les montants qui ont été ou seront payés par d'« autres » assureurs et qui seront déduits du total de cette facture.			Entrez les montants cédés à d'« autres » assureurs sur des factures précédentes qui n'ont pas été payés. Le montant sera additionné au total de cette facture. Nota : Les assureurs automobile peuvent demander une explication des indemnités pour les montants ajoutés au total de la facture.		
	MSSLD	Assureur 1	Assureur 2	MSSLD	Assureur 1	Assureur 2
	Chiropraxie :					
	Physiothérapie :					
	Massothérapie :					
	<sup>1</sup> Autre type de services :					
<b>Total :</b>						
<sup>1</sup> Précisez l'autre type de services :						

<b>Activité du compte depuis la dernière facture</b> (si des intérêts sont imputés)	<b>Total partiel :</b>	
	<b>Moins MSSLD :</b>	
*Solde antérieur :	<b>Moins autres assureurs 1 + 2 :</b>	
*Paiement reçu de l'assureur auto. :	<b>Taxe (s'il y a lieu) :</b>	
<sup>2</sup> Montant en souffrance :	<b><sup>2</sup>Intérêts :</b>	
<sup>2</sup> L'assureur paiera les intérêts sur les montants en souffrance conformément à l'Annexe sur les indemnités d'accident légales	<b>Total de l'assureur automobile :</b>	

Chèque à l'ordre de :	
***Autres renseignements :	
<p>Y a-t-il des pièces jointes? <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non    Dans l'affirmative, combien? _____</p> <p>Les pièces jointes, s'il y en a, sont à envoyer directement à l'assureur</p>	

Réservé à l'assureur			
Examiné par :			
Approuvé par :			
Nom du bénéficiaire :			
Montant payé :	Total	Intérêts	Total global



### FDIO-21 - Version C - page 3

Les pages 2 et 3 de la version C sont jointes à la page 1 du FDIO-21 et servent à facturer les produits et services visés par la directive relative aux blessures mineures.

Pour tous les autres produits et services, veuillez joindre la version A ou B.

Frais remboursables selon la directive relative aux blessures mineures :								
Première date de service			Description	Code	Attributs des fournisseurs			Coût
AAAA	MM	JJ			Fournisseur 1	Fournisseur 2	Fournisseur 3	
† Consultez le guide de l'utilisateur ( <a href="http://www.hcaiinfo.ca">www.hcaiinfo.ca</a> ) pour tout renseignement sur la classification.				<b>Total des frais relevant de la directive relative aux blessures mineures :</b>				

Autre assurance (pour les produits et services sur la présente facture)	Entrez les montants qui ont été ou seront payés par d'« autres » assureurs et qui seront déduits du total de cette facture.			Entrez les montants cédés à d'« autres » assureurs sur des factures précédentes qui n'ont pas été payés. Le montant sera additionné au total de cette facture. Nota : Les assureurs automobiles peuvent demander une explication des indemnités pour les montants ajoutés au total de la facture.		
	MSSLD	Assureur 1	Assureur 2	MSSLD	Assureur 1	Assureur 2
	Chiropraxie :					
	Physiothérapie :					
	Massothérapie :					
	<sup>1</sup> Autre type de services :					
	<b>Total :</b>					
<sup>1</sup> Précisez l'autre type de services :						

Activité du compte depuis la dernière facture (si des intérêts sont imputés)		Total partiel :	
Solde antérieur :		Moins MSSLD :	
Paiement reçu de l'assureur auto. :		Moins autres assureurs 1 + 2 :	
<sup>2</sup> Montant en souffrance :		Taxe (s'il y a lieu) :	
<sup>2</sup> L'assureur paiera les intérêts sur les montants en souffrance conformément à l'Annexe sur les indemnités d'accident légales		<sup>2</sup> Intérêts :	
		<b>Total de l'assureur automobile :</b>	

Chèque à l'ordre de :	
***Autres renseignements :	
Y a-t-il des pièces jointes? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, combien? _____	
Les pièces jointes, s'il y en a, sont à envoyer directement à l'assureur	

Réservé à l'assureur		
Examiné par :		
Approuvé par :		
Nom du bénéficiaire :		
Montant payé :	Total	Intérêt
		Total global