

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

Formulaire à utiliser pour les accidents survenus à partir du 1^{er} novembre 1996.

****N° de la demande :**

****N° de la police :**

**Date de l'accident :
(AAAAMMJJ)**

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^{er} 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.

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.

À utiliser pour des produits et services médicaux et de réadaptation payables par un assureur automobile. Vous trouverez sur le site www.hcaiinfo.ca un guide de l'utilisateur qui vous aidera à remplir le formulaire et ses différentes versions.

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

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

Partie 1 Renseignements sur le demandeur

Date de naissance (AAAAMMJJ)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	*Téléphone - -	Poste
Nom			
Prénom		*** Second prénom	
Adresse			
Ville	Province	Code postal	

Partie 2 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	

Partie 3 Renseignements sur la facture

N° de facture	<input type="checkbox"/> 1 ^{re} facture <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dernière facture <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Dans le cas de produits et services déjà approuvés, complétez le tableau suivant :				
*Type de plan ou de traitements selon la directive relative aux blessures mineures	*Date du plan (AAAAMMJJ)	N° de régime	*Montant approuvé	*Montant précédent
<input type="checkbox"/> Plan de traitement et 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				

Partie 4 Renseignements sur le bénéficiaire Si l'adresse de prestation de services est la même que l'adresse de facturation, cochez la case suivante <input type="checkbox"/> et NE REMPLISSEZ PAS l'adresse de prestation de services	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									
À L'ASSUREUR AUPRÈS DE QUI CETTE DEMANDE EST SOUMISE : <p>JE COMPRENDS que vous-même et des personnes agissant en votre nom pourrez procéder à la collecte de différents renseignements – commerciaux, personnels et ceux liés à la santé – qui se rapportent aux demandes d'indemnité du demandeur concernant l'accident mentionné dans cette facture et que tous ces renseignements vous seront fournis directement par moi-même ou toute autre personne à qui j'ai donné mon consentement.</p> <p>JE COMPRENDS ÉGALEMENT que vous-même et les personnes agissant en votre nom collecterez des renseignements portant sur cette facture que j'ai préparée.</p> <p>JE COMPRENDS ÉGALEMENT que, si je suis le fournisseur de services de santé du demandeur, vous-même et des personnes agissant en votre nom pourrez collecter les renseignements que j'ai fournis au sujet de cette demande d'indemnité dans cette facture ou dans tout autre formulaire de réclamation d'assurance-automobile.</p> <p>JE COMPRENDS ÉGALEMENT que les renseignements de ce formulaire seront collectés et utilisés uniquement comme il sera raisonnablement nécessaire de le faire, et avec le consentement du demandeur, aux fins suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • enquêter sur les demandes d'indemnité du demandeur et les traiter conformément à la loi, y compris la Police d'assurance-automobile de l'Ontario; • obtenir ou vérifier les renseignements relatifs aux demandes d'indemnité du demandeur afin d'établir son admissibilité et le montant exact du paiement; • recouvrer auprès des assureurs et des autres parties responsables conformément au droit les sommes correspondant aux dépenses que vous effectuez relativement aux demandes d'indemnité du demandeur; • déterminer et analyser la nature et les coûts des biens et services fournis aux demandeurs d'indemnité d'accident d'automobile par les fournisseurs de soins de santé; • prévenir, détecter et éliminer la fraude; • compiler des statistiques anonymes destinées aux organismes gouvernementaux; • évaluer les risques liés à la souscription et les données relatives aux demandes de règlement. <p>JE COMPRENDS ÉGALEMENT que vous-même et les personnes agissant en votre nom pouvez divulguer ces renseignements aux personnes et organismes suivants qui pourraient les collecter et les utiliser uniquement comme il sera raisonnablement nécessaire de le faire aux fins décrites précédemment :</p> <p>assureurs, experts d'assurance, agents et courtiers; employeurs; professionnels de la santé; hôpitaux; comptables; conseillers financiers; avocats; organisations qui complètent l'information concernant les demandes de règlement et la souscription pour l'industrie des assurances; organismes de prévention des fraudes, autres compagnies d'assurance; autorités policières; bases de données ou registres utilisés par l'industrie des assurances pour analyser et vérifier l'information fournie par rapport à l'information existante; mandataires ou représentants que je désignerai occasionnellement.</p> <p>JE COMPRENDS ÉGALEMENT que vous-même et les personnes agissant en votre nom pouvez mettre en commun ces renseignements avec des renseignements provenant d'autres sources et les analyser à la seule fin de prévenir, de détecter ou d'éliminer la fraude.</p> <p>JE CONSENS à ce que vous puissiez collecter, utiliser et divulguer les renseignements liés à cette demande d'indemnité de la manière indiquée précédemment, dans la mesure où il ne s'agit que des renseignements raisonnablement nécessaires pour atteindre le but légitime de cette collecte, utilisation ou divulgation.</p> <p>JE COMPRENDS que, si j'ai des questions concernant ce consentement, je peux en toute liberté consulter le représentant de la compagnie d'assurance ou un conseiller juridique avant de signer le présent document.</p> <p>JE SUIS AUSSI CONSCIENT(E) que vous-même et les personnes agissant en votre nom pourriez être dans l'obligation de divulguer ces renseignements à d'autres parties à mon insu ou sans mon consentement, ou être autorisés par la loi à le faire.</p> <p>JE CONFIRME QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SONT VÉRIDIQUES ET EXACTS.</p> <p>JE COMPRENDS QUE LA LOI SUR LES ASSURANCES CONSIDÈRE COMME UNE INFRACTION LE FAIT DE 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>JE COMPRENDS QUE LE CODE CRIMINEL (CANADA) CONSIDÈRE COMME UNE INFRACTION LE FAIT DE 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 PRÉVENIR, À DÉTECTER ET À SUPPRIMER LES FRAUDES.</p> <p>Pour obtenir des informations supplémentaires concernant les questions liées au respect de la vie privée, veuillez communiquer avec l'agent de la protection de la vie privée de la compagnie d'assurance indiquée à la partie 2.</p> <p>Pour en savoir davantage sur la façon dont votre consentement est lié à la mise en commun et à l'analyse des données pour prévenir et détecter la fraude, veuillez visiter le site http://www.abc.ca/fr/on/confidentialité/terminologie-en-matière-de-protection-de-la-vie-privée.</p>									
Nom du fournisseur ou du signataire autorisé (en lettres moulées)			Signature du fournisseur ou du signataire autorisé			Date (AAAAMMJJ)			

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 :	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).

AUTRE ASSURANCE - J'ai effectué des vérifications raisonnables sur le demandeur et j'ai déterminé que :	
<input type="checkbox"/> NON <i>Aucune autre assurance identifiée ne couvre ces produits et services</i> <input type="checkbox"/> OUI <i>Une autre assurance pourrait couvrir au moins une partie de ces produits et services</i>	
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
	Chiropratique :					
	Physiothérapie :					
	Massothérapie :					
	¹ Autre type de services :					
Total :						
¹ Précisez l'autre type de services :						

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

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 (www.hcainfo.ca) pour tout renseignement sur la classification.				Total des frais relevant de la directive relative aux blessures mineures :				

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
	Chiropratique :					
	Physiothérapie :					
	Massothérapie :					
	¹ Autre type de services :					
	Total :					
¹ 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 automobile :		Moins autres assureurs 1 + 2 :	
² Montant en souffrance :		Taxe (s'il y a lieu) :	
² L'assureur paiera les intérêts sur les montants en souffrance conformément à l'Annexe sur les indemnités d'accident légales		² Intérêts :	
		Total de l'assureur automobile :	

Chèque à l'ordre de : _____

***Autres renseignements :

Y a-t-il des pièces jointes? Oui 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