



Programme de traitement (FDIO-18)

Utilisez cette formule pour les accidents survenus depuis le 1^{er} novembre 1996 inclusivement. La collecte, l'utilisation et la divulgation de ces renseignements sont assujetties aux lois en vigueur sur la protection de la vie privée.

N° de demande :	
N° de police :	
Date de l'accident : (AAAAMMJJ)	

Le programme de traitement du demandeur porte le n° _____ délivré par le professionnel ou l'établissement de santé ci-dessous.

À l'attention du demandeur :

Veuillez remplir les Parties 1 et 2. Par la suite, une fois que votre praticien ou professionnel de la santé aura examiné le Programme de traitement avec vous, veuillez signer la Partie 13.

Votre professionnel ou praticien de la santé remplira toutes les autres Parties du formulaire. **Un praticien de la santé (chiropraticien(ne), dentiste, infirmier(ère) praticien(ne), ergothérapeute, optométriste, médecin, physiothérapeute, psychologue, orthophoniste) doit signer la Partie 5.**

Veuillez fournir tous les renseignements demandés.

À l'attention du professionnel ou de l'établissement de santé :

Consentement : Il incombe au professionnel ou à l'établissement de santé de s'assurer que la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements soumis sont autorisées par le biais d'une formule de consentement. Les professionnels ou établissements de santé devront utiliser la formule de demande d'indemnités de l'Ontario n° 5 (FDIO-5) intitulée *Autorisation de divulguer des renseignements médicaux* à titre de formulaire de consentement, bien qu'il soit possible que des divulgations et des consentements supplémentaires puissent être requis selon la façon dont les renseignements sont utilisés et divulgués.

Dans la mesure du possible, le programme de traitement devra inclure tous les biens et services prévus durant le Programme de traitement par le professionnel ou l'établissement de santé.

Note : S'il s'agit d'une déficience visée par les Lignes directrices pré-autorisées, vous devez remplir la formule FDIO-23/198 intitulée *Confirmation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées* au lieu de la présente formule, *Programme de traitement*, sauf si la demande est faite pour des biens et services supplémentaires non prévus par les Lignes directrices pré-autorisées.

Partie 1 Identification du demandeur À remplir par le demandeur	Date de naissance (AAAAMMJJ)	Sexe <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	Téléphone
	Nom		
	Prénom	Second prénom	
	Adresse		
	Ville	Province	Code postal

Partie 2 Identification de l'assureur À remplir par le demandeur	Nom de l'assureur	Localité de la succursale (s'il y a lieu)	
	Nom de l'expert en sinistres	Prénom	
	Téléphone	Poste	Télécopieur
	Nom du titulaire de la police identique au: <input type="radio"/> Demandeur OU	Nom du titulaire de la police	Prénom du titulaire de la police

Partie 3 Autre assurance À remplir par le professionnel de la santé responsable de la préparation et de la supervision du dossier du demandeur	AUTRE ASSURANCE : Y a-t-il d'autres assurances couvrant des biens ou services énumérés dans ce programme de traitement? J'ai effectué des vérifications raisonnables sur le demandeur et j'ai déterminé que :			
	<input type="radio"/> NON <i>Le demandeur ne possède pas d'autres assurances couvrant ces biens et services</i> <input type="radio"/> OUI <i>Le demandeur possède d'autres assurances couvrant au moins une partie de ces biens et services.</i>			
	MS	Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MS) couvre-t-il l'un ou l'autre des biens et services compris dans ce Programme de traitement? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Sans objet		
	Autre assureur 1	Nom de l'autre assureur	N° de police ou de régime de l'autre assureur	
		Nom de l'adhérent	Code d'identification de l'autre assureur	
Autre assureur 2	Nom de l'autre assureur	N° de police ou de régime de l'autre assureur		
	Nom de l'adhérent	Code d'identification de l'autre assureur		

Partie 4
Définition
d'un conflit
d'intérêts

Un programme de traitement place une personne dans une situation de conflit d'intérêts si les conditions suivantes sont réunies :

i) la personne ou un membre de la famille de la personne peut recevoir, directement ou indirectement, un avantage financier à la suite de la prestation, par un membre de la famille de la personne ou par une autre personne, de biens ou de services prévus dans le programme de traitement; et

ii) la personne qui peut recevoir l'avantage financier n'est pas employée par la personne qui fournira les biens ou les services et n'a pas conclu avec celle-ci de contrat prévoyant la fourniture de tels biens ou services.

Note : Si l'assureur découvre, après avoir approuvé ce Programme de traitement, qu'il existe un conflit d'intérêts qui n'a pas été divulgué, l'assureur peut exiger du demandeur qu'il modifie le Programme de traitement de façon à éliminer ce conflit d'intérêts. Si aucune modification n'est effectuée, l'assureur n'est pas tenu de rembourser les dépenses futures touchées par le conflit d'intérêts.

Partie 5
Signature du
praticien de la
santé

Certification du programme

Nom du professionnel de la santé réglementé		N° d'inscription de l'Ordre		Votre profession : <input type="checkbox"/> Chiropraticien <input type="checkbox"/> Dentiste <input type="checkbox"/> Massothérapeute <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Optométriste <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Autre _____
Nom de l'établissement (s'il y a lieu)		Code de l'établissement selon la FAAS (s'il y a lieu)		
Adresse				
Ville	Province	Code postal		
Numéro de téléphone		Poste	Télécopieur	
Courriel				
<input type="checkbox"/> Je déclare que ce programme de traitement ne me place devant aucun conflit d'intérêts et, qu'après avoir effectué des vérifications raisonnables, je déclare qu'il n'y a pas de conflit d'intérêt relativement au Programme de traitement de la part de toute personne ayant recommandé le demandeur à un particulier qui fournira les biens et services envisagés dans le Programme de traitement. ou <input type="checkbox"/> Je déclare que ce programme de traitement occasionne les conflits d'intérêts suivants :				
Je confirme qu'au meilleur de ma connaissance, les renseignements contenus dans ce programme de traitement sont véridiques et exacts, que le programme de traitement a été revu avec le demandeur par le professionnel de la santé réglementé à la Partie 6 et que les biens et services prévus sont raisonnables et nécessaires pour le traitement des blessures du demandeur et sa réadaptation, tels qu'identifiés à la Partie 7. J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fautive ou trompeuse sciemment faite à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une infraction à la Loi sur les assurances. Je reconnais également que le fait de frauder ou de tenter de frauder un assureur par supercherie, contrefaçon ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction en vertu du Code criminel fédéral.				
Nom du praticien de la santé (en lettres moulées) :		Signature du praticien de la santé		Date (AAAAMMJJ)

Partie 6
Signature
du pro-
fessionnel
de la santé
réglementé

Préparation et supervision du programme

S'il s'agit de la même personne que celle identifiée à la Partie 5, cochez cette case

et
NE REMPLISSEZ PAS LA Partie 6

Nom du professionnel de la santé réglementé (en lettres moulées)		N° d'inscription		Votre profession <input type="checkbox"/> Chiropraticien(ne) <input type="checkbox"/> Dentiste <input type="checkbox"/> Massothérapeute <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Optométriste <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Autre _____
Nom de l'établissement (s'il y a lieu)		N° FAAS (s'il y a lieu)		
Adresse				
Ville	Province	Code postal		
Téléphone		Poste	Télécopieur	
Courriel				
<input type="checkbox"/> Je déclare que ce Programme de traitement ne me met dans aucun conflit d'intérêts et que, après avoir effectué des vérifications raisonnables, j'ai déterminé qu'il n'y a, en relation avec ce Programme de traitement, aucun conflit d'intérêts pour toute personne, quelle qu'elle soit, qui a référé le demandeur à une personne qui fournira des biens ou des services prévus dans ce Programme de traitement. ou <input type="checkbox"/> Je déclare que ce Programme de traitement occasionne les conflits d'intérêts suivants :				
J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fautive ou trompeuse sciemment faite à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une infraction à la Loi sur les assurances. Je reconnais également que le fait de frauder ou de tenter de frauder un assureur par supercherie, contrefaçon ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction en vertu du Code criminel fédéral.				
Nom du professionnel de la santé réglementé (en lettres moulées)		Signature du professionnel de la santé réglementé		Date (AAAAMMJJ)

À l'attention du professionnel de la santé :

Veillez fournir les renseignements suivants en vous appuyant sur le plus récent examen du demandeur identifié ci-haut et retournez le formulaire à l'assureur inscrit à la **Partie 2**.
Veillez écrire lisiblement.

Partie 7 Blessures et séquelles	Fournir une liste de chacune des blessures et séquelles résultant directement de l'accident d'automobile dont a été victime le demandeur, en commençant par les plus significatives et en indiquant le code ICD-10-CA* correspondant.	
	Description	Code
Note *: Consultez le manuel de l'utilisateur à l'adresse www.autoinsurancereforms.on.ca pour tout renseignement concernant la classification ICD-10 CA.		

Partie 8 Conditions préalables et actuelles	<p>a) Avant l'accident, le demandeur souffrait-il d'une maladie, d'un problème de santé ou d'une lésion qui pourrait avoir une incidence sur sa réaction au traitement administré pour soigner les blessures décrites à la Partie 7?</p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu <input type="radio"/> Oui (précisez)</p> <p>Si oui, le demandeur a-t-il passé des examens ou reçu des traitements pour cette maladie, ce problème de santé ou cette lésion au cours de la dernière année?</p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu <input type="radio"/> Oui (précisez en identifiant le fournisseur, si celui-ci est connu)</p>
	<p>b) Depuis l'accident d'automobile, le demandeur a-t-il développé une maladie, une lésion ou un problème de santé qui n'est pas relié à cet accident et qui pourrait avoir une incidence sur sa réaction au traitement administré pour soigner les blessures décrites à la Partie 7?</p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu <input type="radio"/> Oui (précisez)</p>
	<p>c) Cette déficience est-elle visée par les Lignes directrices pré-autorisées?</p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>Si la réponse est « oui », veuillez fournir une explication complète en conformité avec les Lignes directrices pré-autorisées et en indiquant les dispositions exactes des Lignes directrices du sur lesquelles vous vous appuyez pour soumettre la présente formule FDIO-18 <i>Programme de traitement</i> au lieu de la formule <i>Confirmation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées</i> (FDIO-23/198).</p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> Pages additionnelles jointes en annexe</p>

Partie 9 Restrictions relatives aux activités	<p>a) Est-ce que la ou les déficiences du demandeur découlant des blessures identifiées à la Partie 7 affectent ses capacités à effectuer :</p> <p>Les tâches reliées à son emploi <input type="radio"/> Sans emploi <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu <input type="radio"/> Oui</p> <p>Ses activités quotidiennes normales <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu <input type="radio"/> Oui</p>
	<p>b) Si vous avez répondu « oui » à l'une ou l'autres des deux questions ci-dessus, décrivez brièvement les activités dont la déficience restreint l'exécution et leur impact sur la capacité du demandeur à fonctionner normalement.</p>
	<p>c) Si le demandeur est incapable de poursuivre une activité qu'il effectuait avant l'accident, l'employeur est-il en mesure d'adapter adéquatement le cadre d'emploi du demandeur?</p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> Sans emploi <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Inconnu <input type="radio"/> Non (expliquez pourquoi)</p>

Partie 10
Objectifs du
programme de
traitement,
évaluation des
résultats et
obstacles au
rétablissement

- a) Objectifs :**
- (i) Identifiez le ou les objectifs visés par ce Programme de traitement en rapport avec la ou les déficiences, atteintes ou symptômes développés par le demandeur :
- réduction de la douleur augmentation de l'amplitude des mouvements
- augmentation de la force autre(s) (précisez)

- et**
- (ii) Précisez le ou les objectifs fonctionnels visés par ce Programme de traitement :
- retour aux activités quotidiennes normales retour aux activités professionnelles régulières pratiquées avant l'accident
- retour à un cadre de travail adapté autre(s) (précisez)

- b) Évaluation:**
- (i) Comment sera évaluée la progression vers l'atteinte des objectifs fixés aux points a (i) et a (ii)?
- (ii) S'il s'agit d'un Programme de traitement subséquent, quelle a été l'amélioration constatée à la fin du traitement précédent, en vous appuyant sur votre propre méthode d'évaluation?

Pages additionnelles jointes en annexe

- c) Obstacles au rétablissement :**
- (i) Avez-vous identifié des obstacles au rétablissement ? Non Oui (précisez)
- (ii) Avez-vous des recommandations et/ou des propositions de stratégies pour surmonter ces obstacles ? Non Oui (précisez)

- d) Traitements parallèles :**
- (i) Savez-vous si des traitements non inclus dans le présent Programme de traitement seront offerts par d'autres fournisseurs ou établissements?
- Non Oui (précisez)

- e) Cohérence :**
- Y a-t-il des lignes directrices de pratique applicables au traitement proposé ?
- Oui (identifiez les lignes directrices) :
- Non (précisez) :

Nom du demandeur :		À RETOURNER PAR TÉLÉCOPIEUR À L'ASSUREUR	N° de demande :	
N° de police :			Date de l'accident :	

Partie 11 Fournisseurs de soins de santé	Référence du fournisseur	Catégorie de fournisseur	Fournisseur		Réglementé (N° d'inscription de l'établissement)	Non réglementé (code d'identification de la FAAS, s'il y a lieu)	Tarif horaire (s'il y a lieu)
			Nom	Prénom			
	A						
	B						
	C						
	D						
	E						
F							

Partie 12 Biens et services proposés
 Dans la mesure du possible, ce programme de traitement devrait inclure **tous les biens et services (B/S)** prévus par le professionnel de la santé ou l'établissement pour la durée du traitement.

Réf. G/S	Description	Code	Attribut	Réf. fournis.	Estimation par jour			Projeté	
					Quantité	Mesure	Coût	Calcul total	Coût total
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
Durée prévue du programme de traitement :					semaines	Total partiel :			
Combien de consultations avez-vous déjà effectuées :					visites	Moins MS :			
<p>Note : Pour connaître les lignes directrices relatives à la classification, consultez le manuel de l'utilisateur disponible à l'adresse www.autoinsurancereforms.on.ca. Les codes d'attribut sont nécessaires pour donner des précisions additionnelles sur les codes de services. On les retrouve également dans le manuel de l'utilisateur.</p> <p>Note - : Le remboursement de ces frais par l'assureur automobile est consécutif aux indemnités accessoires disponibles.</p>					- Moins assureurs 1 + 2 :				
					TPS (s'il y a lieu) :				
					TVP (s'il y a lieu) :				
					Total de l'assureur automobile :				

Veuillez fournir tout commentaire supplémentaire en rapport avec les biens et services proposés :

0 Pages additionnelles jointes en annexe

Partie 13 Signature du demandeur	<p>J'ai examiné le présent Programme de traitement et je l'accepte. Je reconnais que le remboursement des frais de ce Programme de traitement est soumis à l'approbation de l'assureur.</p> <p>Si le Programme de traitement est contesté par mon assureur, je reconnais que j'aurai cinq jours ouvrables pour indiquer par écrit si je souhaite annuler ce Programme de traitement. Si je souhaite le continuer, un Centre d'évaluation désigné doit être choisi de la manière décrite dans l'Annexe sur les indemnités d'accident légales. Une fois choisi le Centre d'évaluation désigné, l'assureur disposera de cinq jours ouvrables pour organiser l'évaluation. J'autorise mon assureur à faire parvenir au Centre d'évaluation désigné concerné tout renseignement pertinent portant sur ma santé, ainsi que sur le traitement et la réadaptation que j'aurai reçus en raison de l'accident d'automobile, et ce afin de déterminer mon admissibilité aux indemnités.</p> <p>J'autorise le Centre d'évaluation désigné à consulter, si nécessaire, le professionnel de la santé qui me soigne.</p> <p>J'autorise également le Centre d'évaluation désigné à fournir des copies de ses rapports à l'assureur.</p> <p>En vertu de l'Annexe sur les indemnités d'accident légales, je reconnais que si j'entreprends un traitement prévu avant l'approbation de ce Programme de traitement par l'assureur ou le Centre d'évaluation désigné, je peux être tenu de payer moi-même tout service dispensé pour moi.</p>		
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Nom du demandeur ou du mandataire (en lettres moulées)</td> <td>Signature du demandeur ou du mandataire (en lettres moulées)</td> <td>Date (AAAAMJJ)</td> </tr> </table>	Nom du demandeur ou du mandataire (en lettres moulées)	Signature du demandeur ou du mandataire (en lettres moulées)
Nom du demandeur ou du mandataire (en lettres moulées)	Signature du demandeur ou du mandataire (en lettres moulées)	Date (AAAAMJJ)	

Partie 14 Signature de l'assureur	<p><input type="radio"/> Je renonce à l'obligation de faire signer le demandeur.</p> <p>J'ai examiné le présent Programme de traitement et, en m'appuyant sur les renseignements obtenus :</p> <p><input type="checkbox"/> J'approuve ce Programme de traitement <input type="checkbox"/> Je l'approuve en partie. <input type="checkbox"/> Je ne l'approuve pas (raisons jointes en annexe) (raisons jointes en annexe)</p> <p>L'Annexe sur les indemnités d'accident légales établit que, en vertu des stipulations portant sur les conflits d'intérêt, l'assureur doit, au plus tard 14 jours après la réception de la demande complétée (en cinq jours ouvrables si l'assureur refuse le Programme de traitement en vertu de l'applicabilité des Lignes directrices pré-approuvées), faire parvenir au demandeur un avis de la décision prise à l'égard du Programme de traitement.</p>			
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Nom de l'expert en sinistres (en lettres moulées)</td> <td>Signature de l'expert en sinistres</td> <td>Date (AAAAMJJ)</td> </tr> </table>	Nom de l'expert en sinistres (en lettres moulées)	Signature de l'expert en sinistres	Date (AAAAMJJ)
	Nom de l'expert en sinistres (en lettres moulées)	Signature de l'expert en sinistres	Date (AAAAMJJ)	
<p>À l'assureur : Veuillez fournir une copie de la présente page au demandeur, au praticien de la santé de la Partie 5 et au professionnel de la santé réglementé indiqué à la Partie 6, le cas échéant.</p>				

Note : Les honoraires exigés pour compléter ce certificat ne sont pas couverts par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Ces honoraires doivent être facturés directement à l'assureur. Le praticien de la santé doit contacter chacun des professionnels de la santé identifiés à la Partie 11 et fournir des renseignements détaillés sur les services et les autres frais qui ont été approuvés et qui sont remboursables en vertu du présent Programme de traitement.