

# Aiguillage, plan et sommaire d'évaluation du Centre d'évaluation désigné (OCF-11)

Formulaire applicable à tout accident survenu depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1994 inclusivement

<b>N° de la demande :</b>	
<b>N° de police:</b>	
<b>Date de l'accident :</b>	

## Section 1: Identification des parties

<b>Partie 1 Identification du demandeur</b> À remplir par l'assureur	Date de naissance (AAAAMMJJ)	Âge	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Numéro de téléphone
	Nom de famille		Prénom	Second prénom
	Adresse			
	Ville		Province	Code postal
	Besoins spéciaux (s'il y a lieu) <input type="checkbox"/> Mobilité <input type="checkbox"/> Interprète (type) <input type="checkbox"/> Autre (préciser)			
	Représentant (s'il y a lieu)		Adresse	
	Numéro de téléphone		Télécopieur	Courriel

<b>Partie 2 Identification de l'assureur</b> À remplir par l'assureur	Nom de la compagnie d'assurance	Localité de la succursale (s'il y a lieu)		
	Adresse			
	Ville		Province	Code postal
	Nom du superviseur		Prénom du superviseur	
	Nom de l'expert en sinistres		Prénom de l'expert en sinistres	
	Numéro de téléphone		Télécopieur	Courriel

<b>Partie 3 Identification du Centre d'évaluation désigné (CED)</b> À remplir par l'assureur	Nom de l'établissement	N° de CED		
	Adresse			
	Ville		Province	Code postal
	Nom de la personne-ressource		Prénom de la personne-ressource	
	Numéro de téléphone		Télécopieur	Courriel

<b>Partie 4 Signature de l'assureur</b>	<input type="checkbox"/> J'atteste que le CED vers lequel le demandeur est dirigé a été sélectionné en collaboration avec ce dernier; ou <input type="checkbox"/> J'atteste que le demandeur sera dirigé vers un CED sélectionné par la Commission des services financiers de l'Ontario, conformément aux procédures établie par le surintendant des services financiers (voirs avis ci-joint) <input type="checkbox"/> J'atteste que j'ai inclus toute information nécessaire à l'évaluation.		
	Nom du représentant de la compagnie d'assurance-vie (en lettres moulées)	Nom du représentant de la compagnie d'assurance-vie	Date (AAAAMMJJ)

## Section 2: Sommaire des différends (à remplir par l'assureur)

Partie 5 – Différend portant sur les indemnités		Description du différend	Date of Denial
Prestations de remplacement du revenu <input type="checkbox"/> A l'emploi <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Emploi en vue <input type="checkbox"/> Invalidité post-104			
<input type="checkbox"/> Indemnité de personne sans revenu d'emploi			
<input type="checkbox"/> Indemnité de personne soignante			
<input type="checkbox"/> Indemnité pour incapacités à poursuivre des études (Loi 164)			
<input type="checkbox"/> Autre indemnité d'invalidité (Loi 164)			
<input type="checkbox"/> Capacité résiduelle de gain (Loi164)			Date de l'offre

### Partie 6 – Évaluations des soins médicaux et de réadaptation

#### Partie 6A – Différend portant sur la demande d'approbation d'un examen ou d'une évaluation

Réf. du différend	Description du différend
6A <input type="checkbox"/>	

#### Partie 6B – Différend portant sur une directive liée au cadre d'action pré-approuvé

Réf. du différend	Description du différend
6B <input type="checkbox"/>	

#### Partie 6C – Différend portant sur un programme de traitement (OCF 18)

(Au besoin, joindre des pages séparées pour chaque programme de traitement sur lequel porte un différend.

Différend portant sur le caractère raisonnable et nécessaire des produits et services proposés

Réf. du différend	Renseignements sur le plan de traitement				Nature du différend (veuillez ✓ les cases appropriées)							
	Réf P/S	Type de fournisseur	Description	Code	Attribut	Estimation des besoins par jour			Durée	Coût total	Tous	Traitement en cours
						Quantité	*Mesure	Coût				
1												
2												
3												
4												
5												

En plus du différend portant sur les produits et les services susmentionnés, indiquer tout différend portant sur le diagnostic, l'origine ou le degré du traumatisme.

Réf. du différend	Renseignements sur le traumatisme ou la déficience provenant du programme de traitement		Nature du différend (veuillez ✓ les cases appropriées)		
(Voir OCF 18 Partie 7)	Description	Code	Description/diagnostic de la déficience	État	Origine
6C6 <input type="checkbox"/>					
6C7 <input type="checkbox"/>					
6C8 <input type="checkbox"/>					

### Partie 7 – Évaluation des soins auxiliaires

Réf. du différend	Date du formulaire 1 (aaaammjj)	Montant du différend	Description du différend
7			

### Partie 8 – Évaluation de la déficience invalidante

Réf. du différend	Date du formulaire 1 (aaaammjj)	Catégories	Description du différend
8			

### Section 3: Documents

Partie 9 - Documents requis par l'assureur (À remplir par l'assureur)				
Énumérer ou joindre les pièces formant le dossier d'aiguillage (par exemple, les rapports médicaux, notes et dossiers cliniques, vidéos de surveillance et résultats d'examen).				
Date du document (aaaaammjj)	Auteur	Description	Date d'envoi au CED (À remplir par l'assureur ou le CED)	Date de réception au CED (À remplir par le CED)

Pages supplémentaires jointes

Partie 10 - Documents du demandeur				
Il incombe au demandeur, dès réception du présent formulaire envoyé par son assureur, d'aviser le Centre d'évaluation désigné de tout autre document non énuméré précédemment qui pourrait servir à compléter l'évaluation.				
Date du document (AAAAMMJJ)	Auteur	Description	Date d'envoi au CED (À remplir par le demandeur)	Date de réception au CED (À remplir par le CED)

Pages supplémentaires jointes

Partie 11 – Documents requis par le CED				
Date du document (AAAAMMJJ)	Auteur	Description	Date requis par le CED (À remplir par le CED)	Date de réception au CED (À remplir par le CED)

<b>Section 4 : Plan d'évaluation du CED</b>  Faire parvenir à l'assureur par télécopieur et au demandeur si jugé opportun.	Numéro de la demande :
	Numéro de police :
	Date de l'accident :

<b>Partie 12</b> <b>Identification du Centre d'évaluation désigné</b>  À remplir par l'assureur	Nom de l'établissement		N° de CED
	Nom de la personne-ressource		Prénom de la personne-ressource
	Téléphone	Télécopieur	Courriel

<b>Partie 13</b> <b>Équipe d'évaluateurs proposée</b>	Réf. de l'évaluateur	*Catégorie d'évaluateur	Réf. de l'évaluateur	*Catégorie d'évaluateur
	A		D	
	B		E	
	C		F	

<b>Autres services</b>	Réf. de service	*Service	Entreprise	Taux horaire
	X			
	Y			
	Z			

Partie 14 - Liste des produits et services							
G/S Ref	Description	*Code	Réf. du(des) différend(s)	Réf. de l'évaluateur ou du service	Estimation		
					Quantité	*Mesure	Coût total
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
L'évaluation est un processus par étape et ciblé. L'échéancier de remise des évaluations est établi en fonction du temps estimé nécessaire requis par l'équipe d'évaluateurs pour étudier le différend. Remarque : Consulter les lignes directrices du codage dans le Guide de l'utilisateur à l'adresse <a href="http://www.autoinsurancereforms.on.ca">www.autoinsurancereforms.on.ca</a>					<b>Total partiel :</b>		
					<b>TPS (s'il y a lieu) :</b>		
					<b>TVP (s'il y a lieu) :</b>		
					<b>Coût total prévu :</b>		

<b>Partie 15</b> <b>Signature du coordonnateur médical</b>  Remettre une copie de cette page au demandeur	<b>Conflit d'intérêts :</b> J'ai révisé la documentation de consultation et je suis en mesure de déclarer ce qui suit : <input type="checkbox"/> Il ne ressort aucun conflit d'intérêts dans ces documents. <input type="checkbox"/> Il semble y avoir un conflit d'intérêts dans ces documents. Nature du conflit d'intérêts _____ <b>Délais :</b> L'évaluation peut être effectuée dans les délais prévus : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    Si non, indiquer la prochaine date possible : _____
	Je confirme que le processus d'évaluation proposé se conforme aux directives pour l'évaluation établies par le CED. Tous les ajouts à cette proposition d'évaluation seront communiqués aux deux parties dès qu'il apparaîtra évident que ces ajouts sont nécessaires.
	Nom du coordonnateur médical (veuillez imprimer)      Signature du coordonnateur médical      Date (AAAAMJJ)

<b>Partie 16</b> <b>Signature de l'assureur</b>  Remettre une copie de cette page au coordonnateur médical	J'ai examiné ce plan d'évaluation et, compte tenu de l'information fournie, je confirme ce qui suit : <input type="checkbox"/> l'assureur et le demandeur ont convenu d'écarter tout conflit déclaré d'évaluation <input type="checkbox"/> l'assureur approuve le présent plan d'évaluation <input type="checkbox"/> l'assureur n'approuve pas le présent plan
	Je considère que le sommaire ci-dessus reflète convenablement l'état des différends et j'autorise le CED à mettre en marche le plan d'évaluation proposé selon ses propres directives d'évaluation.
	Nom du représentant de l'assureur (veuillez imprimer)      Signature du représentant de l'assureur      Date (AAAAMJJ)

<b>Section 5 : Rapport d'évaluation du CED</b> Pour les évaluations rapides Télécopier à l'assureur et envoyer au demandeur et au professionnel des soins de santé du demandeur	N° de demande :
	N° de police :
	Date de l'accident :

**Partie 17A – RÉSULTATS EN BREF de l'évaluation rapide du CED**

- Différends portant sur la demande d'approbation pour un examen ou une évaluation
- Différends reliés au cadre d'action pré-approuvé

Sommaire des résultats d'évaluation :

<b>Partie 18</b> <b>Signature du</b> <b>coordonnateur</b> <b>médical</b>	Les jugements sur les différends décrits précédemment ont été portés à la suite d'enquêtes réalisées en conformité au plan d'évaluation et selon les directives d'évaluation du CED.		
	Nom du coordonnateur médical (en lettres moulées)	Signature du coordonnateur médical	Date (AAAAMJJ)

**Section 6 : Sommaire de l'évaluation du CED****Pour des évaluations autres que des évaluations rapides**

Faire parvenir à la compagnie d'assurance par télécopieur et envoyer au demandeur et au praticien de la santé du demandeur

N° de la demande :

N° de police :

Date de l'accident :

- Évaluation de l'invalidité
- Évaluation des médicaux et de réadaptation
- Évaluation des soins auxiliaires
- Évaluation de la déficience invalidante

**Sommaire des résultats d'évaluation :****Partie 18  
Signature du  
coordonnateur  
médical**

Les jugements sur les différends décrits précédemment ont été portés à la suite d'enquêtes réalisées en conformité au plan d'évaluation et selon les directives d'évaluation du CED.

Nom du coordonnateur médical (en lettres moulées)

Signature du coordonnateur médical

Date (AAAAMJJ)