

Formulaire à renvoyer à l'adresse suivante :

## Demande d'approbation pour une évaluation ou un examen (FDIO-22)

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 :  
(AAAAMMJJ)

À l'attention du demandeur :

Utilisez le présent formulaire pour demander une autorisation préalable à l'égard du paiement d'une évaluation ou d'un examen lorsqu'une telle autorisation est requise.

Veuillez fournir tous les renseignements demandés.

La collecte, l'utilisation et la divulgation de ces renseignements sont assujetties aux lois relatives à la protection de la vie privée. Il est possible que des divulgations et des consentements supplémentaires soient requis selon la façon dont les renseignements sont utilisés et divulgués.

Tel qu'indiqué sur la formule, toutes les pièces jointes doivent être envoyées directement à l'assureur.

Tous les champs doivent être remplis sous réserve des exceptions suivantes

\*renseignement à fournir si on le connaît

\*\*au moins un champ dans cette partie

\*\*\*facultatif

À l'attention du praticien ou professionnel de la santé ou du travailleur social :

**Consentement :** Il incombe au praticien ou professionnel de la santé ou au travailleur social de s'assurer qu'il est autorisé par un formulaire de consentement à collecter, utiliser et divulguer les renseignements transmis. Le formulaire de demande d'indemnités de l'Ontario n° 5 (FDIO-5), *Autorisation de divulguer des renseignements médicaux*, peut être utilisé comme formulaire de consentement à cet effet.

Une demande d'approbation ou de paiement adressée à l'assureur pour des frais encourus dans le cadre d'une évaluation ou un examen peut être faite à l'aide du présent formulaire ou du FDIO-18, *Programme de traitement*.

### Partie 1 Renseignements sur le demandeur

À remplir par 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

À remplir par le

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 identique au <input type="checkbox"/> demandeur OU	**Nom du titulaire de la police	*Prénom du titulaire de la police	

### Partie 3 Signature du professionnel de la santé réglementé ou du travailleur social

Nom du praticien de la santé réglementé ou du travailleur social		N° d'inscription de l'Ordre		<b>Votre profession</b> <input type="checkbox"/> Chiropraticien <input type="checkbox"/> Dentiste <input type="checkbox"/> Massothérapeute <input type="checkbox"/> Infirmier praticien <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Optométriste <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Travailleur social <input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Autre _____
Nom de l'établissement (s'il y a lieu)		Code d'identification de l'établissement selon la FAAS (s'il y a lieu)		
Adresse				
Ville		Province	Code postal	
Téléphone - -		Poste	*Télécopieur - -	
*Courriel				
<input type="checkbox"/> Je déclare que le présent formulaire ne me place devant aucun conflit d'intérêts et qu'après avoir effectué des vérifications raisonnables, j'ai établi qu'il n'y a pas de conflit d'intérêts relativement au présent formulaire de la part de quiconque ayant recommandé le demandeur à une personne qui fournira les produits et services prévus dans le formulaire. <b>ou</b> <input type="checkbox"/> Je déclare les conflits d'intérêts suivants relativement à la présente demande : _____				
Je confirme que, à ma connaissance, les renseignements contenus dans le présent formulaire sont exacts et que les services prévus sont raisonnables et nécessaires pour l'examen ou l'évaluation du demandeur. En outre, je confirme avoir obtenu du demandeur le consentement approprié pour la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements présentés.				
Nom du praticien de la santé réglementé ou du travailleur social (en lettres moulées)		Signature du professionnel de la santé réglementé ou du travailleur social		Date (AAAAMMJJ)

**Partie 4  
Nature de  
l'évaluation  
ou de  
l'examen**

Le paiement de toutes les évaluations et de tous les examens doit être approuvé par l'assureur ou, en cas de litige, par un arbitre ou des tribunaux, sauf en ce qui a trait aux évaluations et examens payables sans l'autorisation de l'assureur, conformément à des Lignes directrices pré-autorisées. En outre, une autorisation préalable pour le paiement d'une évaluation ou d'un examen n'est pas requise dans les situations décrites ci-après. Veuillez cocher ✓ la case appropriée du tableau ci-après pour indiquer la situation visée par la présente demande.

**\*UNE AUTORISATION PRÉALABLE N'EST PAS REQUISE POUR DES ÉVALUATIONS OU DES EXAMENS VISANT À PRÉPARER UN PROGRAMME DE TRAITEMENT DANS LES CIRCONSTANCES SUIVANTES :**

- une évaluation ou un examen lorsqu'il existe un danger immédiat pour la personne assurée ou une personne sous les soins de la personne assurée et que l'autorisation préalable de l'assureur pour l'évaluation ou l'examen dans un tel cas n'est pas réaliste;
- pas plus de trois évaluations ou examens si :
  - le coût de chaque évaluation ou examen ne dépasse pas 200 \$,
  - pas plus d'une évaluation ou d'un examen n'est effectué par la même personne;
- une évaluation ou un examen effectué après que l'assureur ait avisé la personne assurée que, avant que la tenue de l'examen, la présentation d'un programme de traitement ou d'une demande en vertu de l'article 38.2 de l'AIAL n'est pas requise.

**\*UNE AUTORISATION PRÉALABLE EST REQUISE POUR DES ÉVALUATIONS OU DES EXAMENS VISANT À PRÉPARER UN PROGRAMME DE TRAITEMENT POUR :**

- toute évaluation ou tout examen autres que celles et ceux décrits ci-dessus qui visent à préparer des programmes de t traitement.

**\*UNE AUTORISATION PRÉALABLE PEUT ÊTRE REQUISE POUR DES ÉVALUATIONS OU DES EXAMENS VISANT À PRÉPARER UN CERTIFICAT D'INVALIDITÉ :**

- une autorisation préalable n'est pas requise pour une évaluation ou un examen visant à préparer un certificat d'invalidité si le coût de l'évaluation pour le certificat ne dépasse pas 200 \$;
- une autorisation préalable est requise pour des évaluations visant à préparer un certificat d'invalidité lorsque leur coût dépasse 200 \$.

**\*UNE AUTORISATION PRÉALABLE N'EST PAS REQUISE POUR DES ÉVALUATIONS OU DES EXAMENS VISANT À PRÉPARER LE FORMULAIRE 1 :**

- une autorisation préalable n'est pas requise pour une évaluation ou un examen visant à préparer un formulaire 1.

**\*UNE AUTORISATION PRÉALABLE PEUT ÊTRE REQUISE POUR DES ÉVALUATIONS OU DES EXAMENS VISANT À DÉTERMINER UNE DÉFICIENCE INVALIDANTE :**

- une autorisation préalable n'est pas requise pour une évaluation ou un examen visant à déterminer une déficience invalidante si la personne assurée est hospitalisée ou dans un établissement de soins de longue durée au moment de l'évaluation ou de l'examen;
- une autorisation préalable est requise pour une évaluation ou un examen visant à déterminer une déficience invalidante si la personne assurée n'est pas hospitalisée ou dans un établissement de soins de longue durée au moment de l'évaluation ou de l'examen.

**TOUTE AUTRE ÉVALUATION OU TOUT AUTRE EXAMEN NÉCESSITANT UNE AUTORISATION PRÉALABLE :**

- toute évaluation qui n'a pas été décrite ci-dessus nécessitera une autorisation préalable.

**Partie 5  
Renseignements  
cliniques  
provisaires**

a) **Renseignements cliniques :**

- i. Veuillez fournir une brève description des plaintes actuelles.
- ii. Avez-vous déjà fourni des soins au demandeur?  Non  Oui

b) **Renseignements sur l'évaluation :**

- i. Veuillez donner les détails de l'évaluation requise et les motifs la justifiant.
  - Si vous avez déjà fourni un traitement à ce demandeur, veuillez mentionner les indicateurs cliniques venant appuyer le caractère raisonnable de l'évaluation proposée.
  - Pour des évaluations multidisciplinaires, veuillez indiquer les détails et les motifs venant justifier chaque composante de l'évaluation.
- ii. Après avoir fait des recherches raisonnables, savez-vous si une évaluation antérieure de ce genre a déjà été effectuée pour ce demandeur?  Non  Oui

Dans l'affirmative, indiquez si possible la date (AAAAMJJ) \_\_\_\_\_

Nota – Afin de faciliter la lecture du présent formulaire, le masculin est utilisé comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.

Nom du demandeur :		<b>FDIO-22 – À RETOURNER PAR TÉLÉCOPIEUR</b>	N° de la police :	
Nom du fournisseur :			N° de la demande :	
Télécopieur du fournisseur :			Date de l'accident :	

### Partie 6 Fournisseurs de soins de santé

Référence du fournisseur	'Catégorie du fournisseur	Fournisseur		Réglementé (N° d'inscription de l'Ordre)	Non réglementé (code d'identific. de la FAAS, s'il y a lieu)	Tarif horaire (s'il y a lieu)
		Nom	Prénom			
A						
B						
C						
D						
E						
F						

### Partie 7 Produits et services proposés

Ce programme de traitement devrait inclure tous les produits et services (P/S) prévus par l'établissement ou le professionnel de la santé.

Réf. P/S	Description	'Code	'Attribut	Réf. du fournisseur	Estimation		
					Quantité	'Mesure	Coût total
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							

**Remarque \*** : Pour connaître les lignes directrices relatives à la classification, consultez le guide de l'utilisateur à l'adresse [www.hcaiinfo.ca](http://www.hcaiinfo.ca).  
Les codes d'attribut sont nécessaires pour préciser les codes de services. On les retrouve également dans le guide de l'utilisateur.

Le paiement de ces frais par l'assureur automobile est consécutif aux indemnités accessoires disponibles.

Avez-vous des pièces à joindre?  Oui  Non

Dans l'affirmative, combien? \_\_\_\_\_

Envoyez les pièces jointes directement à l'assureur.

<b>Total partiel :</b>	
<b>* Moins MSSLD :</b>	
<b>* Moins autres assureurs 1 + 2 :</b>	
<b>TPS (s'il y a lieu) :</b>	
<b>TVP (s'il y a lieu) :</b>	
<b>Total de l'assureur automobile :</b>	

### Partie 8 Signature de l'assureur

- \*\*\* Je renonce à l'obligation de faire signer le Programme de traitement (FDIO-18) par le demandeur.  
J'ai examiné le présent formulaire et, en m'appuyant sur les renseignements obtenus :
- je l'approuve  je l'approuve en partie  je ne l'approuve pas

L'Annexe sur les indemnités d'accident légales établit que, en vertu des stipulations portant sur les conflits d'intérêts, l'assureur doit, dans les trois jours ouvrables suivant la réception du formulaire rempli concernant les évaluations proposées :

1. aviser le professionnel de la santé ou le travailleur social et le demandeur de l'approbation de l'évaluation ou
2. aviser le demandeur que l'assureur n'accepte pas de payer une partie ou la totalité des évaluations et qu'un examen est nécessaire.

**La réponse de l'assureur est requise dans les délais établis par l'AIAL. Faute d'une telle réponse, on considérera que l'évaluation ou l'examen proposé a été approuvé.**

Nom de l'expert (en lettres moulées)	Signature de l'expert	Date (AAAAMMJJ)
--------------------------------------	-----------------------	-----------------

**Partie 9**  
**Signature du**  
**demandeur\*\*\***  
**(facultative)**

Si cette section n'est pas remplie, le professionnel de la santé ou le travailleur social désigné à la partie 3 est tenu d'obtenir le consentement du demandeur.

J'ai révisé les renseignements contenus dans le présent formulaire et je confirme qu'ils sont exacts. Je comprends que le paiement de ces services peut être assujéti à l'autorisation de l'assureur. Si mon assureur souhaite examiner ma demande plus avant, il pourrait exiger que je fasse l'objet d'un examen par un professionnel de la santé, un travailleur social ou un spécialiste de la réadaptation désigné par l'assureur pour l'étude de la demande.

Si un examen est demandé, j'autorise mon assureur et le travailleur social chargé de mon dossier ou le professionnel de la santé qui me traite à divulguer au professionnel de la santé, au travailleur social ou au spécialiste de la réadaptation désigné en bonne et due forme par mon assureur pour l'étude de cette demande les seuls renseignements portant sur mon état de santé et les traitements et services de réadaptation reçus en raison de mon accident d'automobile, tel que cela sera raisonnablement nécessaire pour la détermination de mon admissibilité aux indemnités.

Comme le stipule la loi, une copie du rapport d'examen préparé par le professionnel de la santé, le travailleur social ou le spécialiste de la réadaptation désigné par l'assureur pour l'étude de la demande me sera envoyée, de même que la décision de l'assureur.

Sous réserve des dispositions de l'Annexe sur les indemnités d'accident légales et dans les circonstances qui requièrent une autorisation préalable, je reconnais que si j'entreprends un traitement proposé avant son approbation par l'assureur, je peux être tenu de payer moi-même le service rendu en mon nom par le fournisseur.

Ce consentement ne s'applique pas à une consultation entre mon fournisseur de soins de santé et le professionnel de la santé de l'assureur qui effectue un examen (mentionné aux sous-sections 24 (1) 9 et 24.1 (1) 2 de l'Annexe sur les indemnités d'accident légales – accidents survenus le 1er novembre 1996 ou après ce jour). Un consentement spécial distinct doit être fourni par écrit pour cette consultation.

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fausse 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, mensonge ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction en vertu du *Code criminel* fédéral.

Nom du demandeur ou du mandataire (en lettres moulées)	Signature du demandeur ou du mandataire	Date (AAAAMMJJ)
--	---	-----------------