



Financial Services
Commission
of Ontario

Commission des
services financiers
de l'Ontario

**Lignes directrices de septembre 2010 concernant le
Système de demandes de règlement
pour soins de santé liés à l'assurance-automobile**

Septembre 2010

Lignes directrices du surintendant n° 07/10

Lignes directrices de septembre 2010 concernant le Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile

Introduction

Les présentes lignes directrices remplacent les Lignes directrices de 2010 concernant le Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile – Lignes directrices du surintendant n° 01/10 (Lignes directrices) publiées en mai 2010. Elles s'appliquent en vertu du paragraphe 268.3 (1) de la *Loi sur les assurances* et aux fins des paragraphes 49 (1) et 67 (7) de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales – en vigueur dès le 1^{er} septembre 2010* (AIAL).

Comme indiqué dans les Lignes directrices, les présentes lignes directrices sont publiées pour tenir compte de l'AIAL qui entre en vigueur le 1^{er} septembre 2010.

Les présentes lignes directrices s'appliquent aux documents qui y sont énumérés et qui sont signifiés le **1^{er} septembre 2010, ou après ce jour**, quelle que soit la date de l'accident auquel ils se rapportent.

Un document visé par les présentes lignes directrices qui, auparavant, aurait été envoyé directement à un assureur assujetti aux lignes directrices, devra désormais être envoyé à un bureau central de traitement (BCT) établi par les assureurs pour recevoir ces documents en leur nom.

Les présentes lignes directrices (les Lignes directrices) précisent :

- les assureurs, établissements de soins de santé (« établissements ») et fournisseurs de soins de santé (« fournisseurs ») assujettis aux Lignes directrices et dans quelles circonstances;
- les documents devant être remis au BCT et les circonstances dans lesquelles ils doivent l'être;
- la manière dont ces documents peuvent être remis au BCT;
- la manière dont les assureurs doivent fournir des renseignements au BCT.

Assureurs et fournisseurs assujettis aux Lignes directrices pilotes

Les présentes lignes directrices s'appliquent uniquement aux transactions entre un fournisseur participant et un assureur participant, tels que définis ci-dessous, en ce qui concerne une demande d'indemnités en vertu de l'AIAL au titre d'une police de responsabilité automobile émise en Ontario.

Fournisseurs participants

La Commission des services financiers de l'Ontario continuera à conserver et tenir à jour périodiquement une liste des établissements/fournisseurs de soins de santé (ou des bureaux locaux de ces derniers) qui participent au Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile (DRSSAA) (la « liste des participants au Système DRSSAA ») et des dates de début de leur participation. Se reporter à l'annexe 1 pour savoir

comment obtenir des exemplaires de la liste des fournisseurs participants au Système DRSSAA en vigueur à un moment donné.

Aux fins des lignes directrices, chaque bureau local désigné d'un établissement identifié et chaque fournisseur exerçant ses activités dans un bureau local désigné d'un établissement identifié sont des fournisseurs participants.

Assureurs participants

Les présentes lignes directrices s'appliquent à tous les assureurs autorisés en Ontario à traiter des demandes d'indemnités en vertu de l'AIAL au titre d'une police de responsabilité automobile émise en Ontario. Chaque assureur est un assureur participant aux fins des lignes directrices.

Les lignes directrices ne s'appliquent pas aux personnes ou entités suivantes :

- Un réassureur, pour des demandes d'indemnités découlant d'un contrat de réassurance;
- Un assureur au sujet duquel une ordonnance de liquidation a été rendue en vertu de la *Loi sur les liquidations et les restructurations* (Canada);
- Le Fonds d'indemnisation des victimes d'accidents de véhicules automobiles.

Désignation du bureau central de traitement – AIAL, par. 64 (7)

Health Claims for Auto Insurance Processing est le bureau central de traitement aux fins des présentes lignes directrices et du par. 64 (7) de l'AIAL. Il s'agit d'une société ontarienne sans but lucratif établie et financée par l'industrie des assurances et exploitée par un conseil d'administration composé de représentants du secteur de l'assurance et du milieu de la santé.

Le BCT joue principalement le rôle d'agent pour les assureurs. Il est chargé de recevoir certains documents en leur nom, de vérifier si les documents sont dûment remplis et renferment tous les renseignements exigés, et de les remettre aux assureurs auxquels ils sont adressés. Il agit également comme intermédiaire pour permettre aux assureurs de transmettre électroniquement les renseignements concernant, notamment, l'approbation des demandes de règlement et les décisions de paiement aux fournisseurs de biens et services de nature médicale qui souhaitent recevoir ces renseignements électroniquement par son entremise.

On s'attend également à ce que le BCT soit la source principale des renseignements que les compagnies d'assurance-automobile devront, conformément à l'article 101.1 de la *Loi sur les assurances*, fournir au surintendant des services financiers concernant les demandes de règlement relatives aux biens et services qu'elles sont tenues de fournir en vertu des contrats d'assurance-automobile.

Factures pour les biens et services visés par les présentes lignes directrices – AIAL, art. 49

Toute facture se rapportant aux biens ou services désignés à l'annexe 2 des Lignes directrices aux fins de l'art. 49 de l'AIAL doit être rédigée selon la formule (la Facture d'assurance-automobile standard) approuvée par le surintendant des services financiers, conformément à l'article 66 de l'AIAL.

Cette exigence s'applique uniquement si :

- tous les biens ou services mentionnés sur la facture sont fournis en Ontario par le fournisseur participant;
- la facture n'est pas présentée par le demandeur;
- la facture est présentée par un fournisseur participant et est payable à ce dernier;
- le paiement de la facture présentée à un assureur participant porte sur une transaction avec un fournisseur participant.

Lorsque cette exigence s'applique, le paragraphe 49 (1) de l'AIAL interdit à un assureur participant de payer une facture qui n'est pas rédigée selon la formule approuvée, ne renferme pas tous les renseignements exigés ou n'est pas envoyée au BCT comme l'exigent les présentes lignes directrices.

Les fournisseurs participants doivent présenter aux assureurs participants des factures séparées pour les biens et services désignés à l'annexe 2 et pour ceux qui ne le sont pas. Ils doivent également leur présenter des factures séparées pour les biens et services dispensés en Ontario et pour ceux qui ne le sont pas.

Documents qui doivent être remis au BCT

Les documents suivants sont désignés aux fins du paragraphe 67 (7) de l'AIAL. Lorsqu'ils sont présentés par un fournisseur participant à un assureur participant, ils doivent être remis au BCT (et non pas directement à l'assureur auquel ils sont adressés) de la manière précisée dans les présentes lignes directrices :

FDIO-18	Plan de traitement et d'évaluation – AIAL, art. 38
FDIO-21	Facture d'assurance-automobile standard – AIAL, art. 44.1 – mais seulement si les lignes directrices exigent l'utilisation de cette formule pour les biens et services facturés
FDIO-23	Confirmation du traitement– AIAL, art. 40

À noter que, sous réserve d'une exception (voir *ci-après), un document dont la présentation directe au BCT n'est pas exigée par les Lignes directrices doit être remis directement à l'assureur d'une manière précisée au paragraphe 64 (2) de l'AIAL.

* Une facture FDIO-21 présentée à un assureur portant uniquement sur la préparation d'un Certificat d'invalidité (FDIO-3) peut être remise au BCT conformément aux Lignes directrices ou directement à l'assureur, au choix du fournisseur participant.

Le paragraphe 64 (7) de l'AIAL précise qu'un document visé par les Lignes directrices est réputé ne pas avoir été remis à l'assureur à moins d'être remis au BCT comme l'exigent les Lignes directrices. Si un tel document est remis directement à un assureur, et non au BCT comme l'exigent ces lignes directrices, l'assureur n'est pas tenu d'y répondre car il sera réputé ne pas l'avoir reçu.

Remise des documents au bureau central de traitement

Un document dont la présentation au BCT est exigée par les présentes lignes directrices doit être remis à celui-ci de l'une ou l'autre des façons suivantes :

- 1) par voie électronique
- 2) sur papier

1) Remise par voie électronique

Le document peut être remis au BCT par voie électronique, de manière qu'il puisse le récupérer et le consulter.

Les fournisseurs participants sont autorisés à remettre des documents au BCT par voie électronique comme décrit ci-dessus et à accéder aux renseignements électroniques du BCT après s'être inscrits (voir « **Inscription des utilisateurs et des fournisseurs** »).

Un fournisseur participant peut choisir de s'inscrire pour l'un ou l'autre des modes de transmission (électronique ou sur papier), mais pas les deux dans le même temps.

Tel que mentionné dans la section ci-après intitulée « **Règles régissant la date de réception des documents par les assureurs** », tout document remis au BCT par un fournisseur participant non inscrit sera réputé ne pas avoir été reçu par l'assureur et ne sera pas traité.

2) Remise des documents sur papier

Le BCT a mis sur pied un centre de saisie des données, qui est en mesure de recevoir les documents sur papier envoyés par un fournisseur participant conformément aux présentes lignes directrices. Ces documents seront transcrits, validés et soumis par voie électronique du centre de saisie des données à l'assureur.

Les documents peuvent être remis au BCT sur papier, par la poste, par télécopie ou en personne conformément aux alinéas 64 (2) a), b), c) ou d) de l'AIAL, s'ils sont adressés au centre de saisie des données du BCT, aux coordonnées suivantes :

HCAI Processing – centre de saisie des données
Case postale 254
Orangeville (Ontario) L9W 3Z5
Télécopieur : (866) 346-6744

Les fournisseurs participants sont autorisés à remettre des documents au BCT sur papier comme décrit ci-dessus après s'être inscrits (voir « **Inscription des utilisateurs et des fournisseurs** »).

Un fournisseur participant peut choisir de s'inscrire pour l'un ou l'autre des modes de transmission (électronique ou sur papier), mais pas les deux dans le même temps.

Tel que mentionné dans la section ci-après intitulée « **Règles régissant la date de réception des documents par les assureurs** », tout document remis au centre de saisie des données du BCT par un fournisseur participant non inscrit, sera réputé ne pas avoir été reçu par l'assureur et ne sera pas traité.

Pièces jointes aux documents assujettis aux présentes lignes directrices

Aux fins des Lignes directrices, le terme « pièces jointes » s'entend du matériel (p. ex., pages additionnelles, rapports, résultats de tests) soumis à l'appui d'un document visé par ces lignes directrices.

Si un fournisseur participant détermine qu'il doit envoyer une ou plusieurs pièces jointes au lieu d'inclure dans le document lui-même tous les renseignements qu'il juge désirables ou nécessaires aux fins voulues, les règles spéciales suivantes s'appliquent :

1. Le fournisseur participant doit préciser, dans le champ prévu à cette fin dans le document, le nombre de pièces jointes remises.
2. Le document lui-même (à l'exclusion des pièces jointes) doit être remis au BCT (s'il est sous forme électronique) ou au centre de saisie des données du BCT (s'il est sur papier) tel que décrit précédemment.
3. Les pièces jointes ne doivent pas être remises au BCT (ou au centre de saisie des données du BCT) mais directement à l'assureur de l'une des deux manières précisées au paragraphe 64 (2) de l'AIAL. Il est préférable de remettre toutes les pièces jointes à l'assureur en même temps, mais cela n'est pas obligatoire.

À noter que toute pièce jointe remise au BCT ou au centre de saisie des données du BCT sera réputée ne pas avoir été reçue par l'assureur, ne sera pas retournée et sera détruite.

4. Les pièces jointes ne doivent pas être envoyées à l'assureur avant que le document n'ait été envoyé au BCT.
5. Chaque pièce jointe doit comporter le nom du demandeur, le numéro de la demande de règlement ou le numéro de la police, la date de l'accident, ainsi que le type de document (à savoir, FDIO-18, FDIO-21 ou FDIO-23) auquel elle se rapporte, afin de permettre à l'assureur d'identifier le document auquel elle appartient.

Règles régissant la date de réception des documents par les assureurs

L'article 64 de l'AIAL énonce les règles qui déterminent quand un document remis au BCT, conformément aux présentes lignes directrices, est réputé reçu par l'assureur auquel il est adressé. Brièvement, ces règles prévoient ce qui suit :

1. **Document sans pièce jointe** – est réputé avoir été reçu par l'assureur auquel il est adressé si le document a été remis au BCT de la manière précisée dans les présentes lignes directrices, et que le BCT a établi que le document est dûment rempli et qu'il contient tous les renseignements dont l'AIAL exige l'inclusion.
2. **Document avec pièces jointes** – est réputé avoir été reçu par l'assureur auquel il est adressé quand :
 - a) le document (à l'exclusion des pièces jointes) a été remis au BCT d'une manière précisée dans les présentes lignes directrices, et que le BCT a établi que le document est dûment rempli et qu'il contient tous les renseignements dont l'AIAL exige l'inclusion;

b) l'assureur a reçu toutes les pièces jointes.

L'AIAL précise (par. 64 (20)) qu'un document remis au BCT par télécopie, en personne ou par voie électronique après 17 heures, heure normale de l'Est, est réputé avoir été remis le jour ouvrable suivant.

L'AIAL énonce également (par. 64 (10)) que le BCT sera réputé avoir établi, le jour où un document lui a été remis d'une manière précisée dans les présentes lignes directrices, que le document est dûment rempli et contient tous les renseignements dont l'AIAL exige l'inclusion, sauf s'il avise l'expéditeur, d'une manière précisée dans les lignes directrices, que tel n'est pas le cas.

Aux fins du paragraphe 64 (10), le BCT doit aviser l'expéditeur d'une manière précisée au paragraphe 64 (2) de l'AIAL. Il peut également transmettre l'avis verbalement (p. ex., par un appel téléphonique ou un message téléphonique) pourvu qu'une confirmation écrite soit donnée dans les plus brefs délais possibles d'une manière précisée au paragraphe 64 (2) de l'AIAL.

Tel que mentionné précédemment, l'AIAL précise également (par. 64 (7)) qu'un document visé par les présentes lignes directrices est réputé avoir été reçu par un assureur uniquement s'il est remis d'une manière précisée dans celles-ci. Un document remis au BCT (directement ou par le biais de son centre de saisie des données) par un fournisseur participant non inscrit n'est pas remis d'une manière précisée dans les lignes directrices et, par conséquent, est réputé ne pas avoir été remis à un assureur.

Production des documents

Un document auquel les lignes directrices s'appliquent est réputé non dûment rempli et ne pas contenir tous les renseignements exigés par l'AIAL à moins que tous les champs (autres que les champs qui sont optionnels dans les circonstances indiquées sur le formulaire approuvé par le surintendant des services financiers) ne soient remplis conformément aux lignes directrices.

L'information fournie dans un champ doit être conforme aux règles de validation énoncées à l'annexe 3 des présentes lignes directrices.

L'information (p. ex., une date) doit être fournie selon le format précisé dans le formulaire, le cas échéant.

Si le document est remis sur papier, tous les champs remplis doivent être lisibles.

Toutes les pièces jointes doivent être lisibles.

Codes à utiliser pour présenter les renseignements

Les renseignements suivants doivent être fournis à l'aide des codes précisés :

- Pour décrire les blessures et séquelles, les codes énumérés dans la 10^e révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Amélioration canadienne (CIM-10-CA), qui est tenue à jour par l'Institut canadien d'information sur la santé et disponible à www.cihi.ca. Une version abrégée de la liste de codes de la CIM-10-CA, élaborée pour aider les intervenants du système d'assurance-automobile de l'Ontario, est disponible à www.hcaiinfo.ca.

- Pour décrire les interventions en santé, les codes énumérés dans la Classification canadienne des interventions en santé (CCI) maintenue par l'Institut canadien d'information sur la santé et disponible à www.cihi.ca. Une version abrégée de la liste de codes de la CCI, élaborée pour aider les intervenants du système d'assurance-automobile de l'Ontario, est disponible à www.hcaiinfo.ca.
- Pour décrire les types de fournisseurs, la liste des codes des types de fournisseurs est disponible à www.hcaiinfo.ca.
- Pour décrire les catégories de paiement préautorisées, la liste des codes de remboursement préautorisés est disponible à www.hcaiinfo.ca.
- Pour décrire les catégories de paiement en vertu des lignes directrices sur les blessures mineures, la liste des codes de remboursement des blessures mineures à www.hcaiinfo.ca.
- Pour décrire les biens et services facturés aux compagnies d'assurance-automobile par les fournisseurs non couverts par la CCI, la liste intitulée Goods, Administration, and Other Codes (biens, services administratifs et autres codes) est disponible à www.hcaiinfo.ca.
- Pour décrire les unités de mesure et convertir les minutes en heures, la liste des codes des unités de mesure et le tableau de conversion des minutes en heures sont disponibles à www.hcaiinfo.ca.

Les renseignements affichés à www.hcaiinfo.ca sont tenus à jour par le Bureau d'assurance du Canada en collaboration avec les associations professionnelles mentionnées à www.hcaiinfo.ca/links.asp.

Exigences s'appliquant aux assureurs

Lorsque l'AIAL exige qu'un assureur participant fournisse des renseignements au BTC, ceux-ci doivent être remis au BTC par voie électronique de manière qu'il puisse les récupérer et les consulter.

Les renseignements concernant le traitement d'une facture mentionnés au paragraphe 49 (3) de l'AIAL doivent être fournis au BCT dans un délai d'au plus cinq jours ouvrables après que l'assureur participant a traité la facture.

Les renseignements concernant tout autre document visé par les présentes lignes directrices mentionnés au paragraphe 64 (13) de l'AIAL doivent être fournis au BCT dans un délai d'au plus cinq jours ouvrables après que l'assureur participant a traité le document.

Les renseignements concernant la réception des pièces jointes mentionnés au paragraphe 64 (14) de l'AIAL doivent être fournis au BCT dans un délai d'au plus cinq jours ouvrables après que l'assureur participant a reçu la dernière pièce jointe.

Les échéances mentionnées précédemment n'ont aucun lien et ne doivent pas être confondues avec les échéances dont dispose un assureur pour traiter et commenter un document, qui sont énoncées dans l'AIAL.

Un assureur participant inscrit (voir « Inscription des utilisateurs et des fournisseurs ») est autorisé à fournir des renseignements au BCT par voie électronique et à obtenir auprès de celui-ci des renseignements qui lui ont été remis par un fournisseur participant.

Inscription des utilisateurs et des fournisseurs

Avant de remettre des renseignements au BCT ou d'obtenir des renseignements du BCT, un fournisseur, un établissement ou un assureur participant doit s'inscrire auprès de celui-ci et accepter les conditions qu'il impose aux utilisateurs. Comme indiqué ci-dessus, les fournisseurs et établissements peuvent choisir de s'inscrire pour un mode de remise sur papier ou par voie électronique, mais pas les deux dans le même temps. Les conditions imposées aux utilisateurs peuvent inclure des dispositions commercialement raisonnables se rapportant à des obligations touchant la confidentialité, la sécurité, la responsabilité, l'accès et l'intégrité des données.

Suspensions temporaires des présentes lignes directrices

Advenant que le BCT est incapable (p. ex., à cause de problèmes techniques temporaires) de s'acquitter adéquatement de ses obligations à l'égard des fournisseurs, des établissements ou des assureurs, le surintendant des services financiers pourrait suspendre temporairement l'application des présentes lignes directrices.

La Commission des services financiers de l'Ontario affichera un avis de suspension et de reprise de l'application des Lignes directrices sur son site Web (www.fSCO.gov.on.ca).

Pendant une période de suspension, les exigences des Lignes directrices ne s'appliqueront pas et les documents devront être remis directement aux assureurs de l'une des deux manières de livraison précisées au paragraphe 64 (2) de l'AIAL.

Annexe 1

Liste des fournisseurs participants au Système DRSSAA

On peut obtenir des exemplaires de la liste des fournisseurs participants au Système DRSSAA qui est en vigueur périodiquement à l'adresse www.fSCO.gov.on.ca/french/insurance/auto/hcai.asp.

On peut également obtenir des copies sur papier en s'adressant à la Commission des services financiers de l'Ontario au 1 800 668-0128, poste 7123.

Annexe 2

Factures pour les biens et services assujettis aux Lignes directrices – AIAL, art. 49

Article ou alinéa du l'AIAL	Type de service ou de biens	Précisés aux fins de l'article 49	Non précisés aux fins de l'article 49
Indemnité pour frais médicaux			
15 (1) a)	Les services médicaux, chirurgicaux et dentaires, les services d'optométrie, de soins infirmiers, d'ambulance, d'audiométrie et d'orthophonie, ainsi que les services hospitaliers	Les services médicaux, les services de soins infirmiers, d'audiométrie et d'orthophonie	Les services chirurgicaux et dentaires, les services d'optométrie et d'ambulance, ainsi que les services hospitaliers
15 (1) b)	Les services de chiropratique, de psychologie, d'ergothérapie et de physiothérapie	✓	
15 (1) c)	Les médicaments		✓
15 (1) d)	Les verres correcteurs		✓
15 (1) e)	Les dentiers et autres appareils dentaires		✓
15 (1) f)	Les appareils auditifs, les fauteuils roulants ou autres aides à la mobilité, ainsi que les prothèses, les appareils orthétiques et autres appareils et accessoires fonctionnels	Fournitures fournies au patient par les fournisseurs de soins de santé	Fournitures achetées par le patient
15 (1) g)	Le transport aller-retour de la personne assurée aux fins d'une séance de traitement, y compris le transport d'un aide, le cas échéant		✓
15 (1) h)	Les autres biens et services de nature médicale	✓	
Indemnité de réadaptation			
16 (3) a)	L'initiation à la vie quotidienne	✓	
16 (3) b)	La consultation en matière familiale	✓	
16 (3) c)	La consultation en matière de réadaptation sociale	✓	
16 (3) d)	La consultation en matière financière		✓
16 (3) e)	La consultation en matière d'emploi		✓

Article ou alinéa du l'AIAL	Type de service ou de biens	Précisés aux fins de l'article 49	Non précisés aux fins de l'article 49
16 (3) f)	L'évaluation des aptitudes professionnelles	✓	
16 (3) g)	La formation générale ou professionnelle		✓
16 (3) h)	La modification du lieu de travail et les appareils, notamment de communication		✓
16 (3) i)	La modification du domicile et les appareils, notamment de communication, ou l'achat d'une nouvelle habitation plutôt que la modification de l'habitation actuelle		✓
16 (3) j)	La modification d'un véhicule, ou l'achat d'un nouveau véhicule plutôt que la modification d'un véhicule actuel		✓
16 (3) k)	Le transport aller-retour de la personne assurée aux fins de séances de consultation et de formation, y compris le transport d'un aide, le cas échéant		✓
16 (3) l)	Les autres biens et services dont la personne assurée a besoin, à l'exception des services fournis par un gestionnaire de cas, travaux ménagers et soignants, et les autres biens et services pour lesquels une indemnité est fournie en vertu de l'AIAL.		✓
17	Les services de gestionnaire de cas	✓	
19	Les services de soins auxiliaires	Dispensés par les fournisseurs de soins de santé et autres fournisseurs de soins professionnels	Dispensés par la famille, les voisins et autres fournisseurs de soins non professionnels
Examens, rapports/certificats, etc.			
25	Certificat d'invalidité (FDIO-3)		✓
25	Programme de traitement (FDIO-18)	✓	
25	Demande d'évaluation d'une déficience invalidante (FDIO-19)	✓	
25	Évaluation des besoins en soins auxiliaires (Formule 1)	✓	
44	Examens exigés par l'assureur	✓	

Annexe 3

Règles de validation

Numéro	Champ	Description	N° de validation
Documents communs - Règles de présentation			
1	Numéro de la police/demande	On doit indiquer le numéro de la police ou de la demande.	PM-CSR1
2	Date de l'accident	La date de l'accident doit être <ul style="list-style-type: none"> égale ou antérieure à la date de la soumission, égale ou antérieure à la date du jour. 	PM-CSR7
3	Date de naissance	La date de naissance d'un demandeur doit être égale ou antérieure aux dates figurant dans le document, notamment : <ul style="list-style-type: none"> à la date de la soumission, à la date de l'accident, à la date du jour. 	PM-CSR4
4	Date de naissance	Le demandeur ne peut avoir plus de 120 ans.	PM-CSR6
5	Nom du fournisseur des soins de santé	Tous les fournisseurs de soins de santé énumérés dans un document doivent être inscrits et validés dans le Système DRSSAA, à l'exception du praticien de la santé mentionné à la partie 4 du FDIO-18. Ces fournisseurs doivent être associés à un seul établissement de soins de santé qui est inscrit et validé dans le Système DRSSAA.	PM-CSR28
6	Code de blessure	Les documents doivent comporter au moins un code de blessure. La description de la blessure ou du problème dans le champ « Description » doit être une description standard approuvée qui correspond à l'un des codes ICD-10-CA publiés par CIHI.	PM-CSR14
7	Quantité	La quantité estimée des postes figurant dans les lignes des biens et services doit être supérieure à 0.	PM-CSR9
8	Total partiel	Les totaux partiels dans le document doivent être : <ul style="list-style-type: none"> supérieurs ou égaux à 0; égaux à la somme de tous les postes auxquels le total partiel s'applique. 	PM-CSR10
9	Taxe	Le montant total de la taxe doit être <ul style="list-style-type: none"> supérieur ou égal à zéro, ou égal à la somme de tous les postes. 	CSR25
10	Date de la signature du demandeur	La date de la signature du demandeur sur les plans de traitement doit être <ul style="list-style-type: none"> égale ou antérieure à la date du jour, ou égale ou postérieure à la date de l'accident. 	PM-CSR31
Validation de l'unité de mesure pour les produits et services rendus			
11	Quantité	Si la mesure est GD, PR, PG ou SN, la quantité doit être un nombre entier et supérieure à zéro.	BR-GPI R12

Numéro	Champ	Description	N° de validation
12	Mesure	Si le code de section est S, la mesure doit être SN ou HR.	BR-GPI R06
13	Mesure	Si le code d'intervention est G, la mesure doit être GD. Si le code n'est pas G, la mesure ne doit pas être GD.	BR-GPI R06
14	Mesure	Si le code d'intervention est TT, la mesure doit être HR.	BR-GPI R07
15	Mesure	Si le code d'intervention est KM, la mesure doit être KM.	BR-GPI R08
16	Mesure	Si le code d'intervention est KM ou HR, les décimales sont autorisées dans la quantité.	BR-GPI R13
17	Mesure	Pour tous les codes CCI, l'unité de mesure doit être HR ou PR.	BR-GPI R04
Facture commune (FDIO 21) Règles de présentation			
18	Autre type de services	Si des montants figurent dans la rangée « Autre type de services » dans la rubrique « Autres montants d'assurance », une description de l'autre type de services doit être fournie.	IMBR-CS5
19	Nom du bénéficiaire (chèque libellé à l'ordre de)	Si l'établissement de soins de santé choisit l'option « verrouiller le bénéficiaire » en s'inscrivant au Système DRSSAA, le champ « chèque libellé à l'ordre de » sur toutes les factures est celui du bénéficiaire désigné par l'établissement de soins de santé dans leur configuration. Autrement, les nom et prénom du bénéficiaire doivent être indiqués dans le champ « chèque libellé à l'ordre de » au moment de présenter la facture.	IMBR-CS6
20	Date du service	La date de prestation d'un bien ou service doit être, <ul style="list-style-type: none"> égale ou postérieure à la date de l'accident, antérieure ou égale à la date de la présentation. 	IMBR-CS7
21	Quantité	La quantité de biens ou de services offerts doit être supérieure à zéro.	IMBR-CS9
22	Nom du fournisseur	Chaque bien ou service peut être offert par plus d'un fournisseur de soins de santé, mais on peut inscrire sur la facture le nom d'un seul fournisseur pour chaque bien ou service offert. Le nom du fournisseur principal doit être inscrit. Ce dernier est le fournisseur qui consacre le plus de temps à la prestation du bien ou du service.	IMBR-CS14
23	Total de l'assureur	Le montant total de l'assureur automobile sur la facture doit être <ul style="list-style-type: none"> égal à la somme de la taxe, du montant du MSSLD et des autres assureurs 1 et 2 ainsi que les totaux partiels proposés et l'intérêt). 	IMBR-CR1

Numéro	Champ	Description	N° de validation
24	Facture	Une facture créée au titre d'un régime ne peut être associée qu'à ce régime. On doit créer une nouvelle facture pour les biens et services offerts au titre de plusieurs régimes.	IMBR-CS22
25	Intérêt	L'intérêt sur la facture doit être calculé à la main et entré dans le système DRSSAA. L'intérêt ne sera pas calculé à partir du montant exigible sur la facture.	IMBR-CS39
26	Rubrique	Il doit y avoir au moins une rubrique pour les biens et services fournis. Une rubrique peut être une séance de traitement. La description de l'intervention dans le champ « Description » doit être une description standard approuvée, correspondant aux codes CCI ou GAP publiés par CIHI ou HCAI, respectivement.	IMBR-CS16
FDIO-18 Règles de présentation			
27	Profession	La profession du praticien de la santé doit être une des professions de la santé énumérées dans l'AIAL.	PM-18R9
28	Date de signature	La date de la signature du praticien de la santé réglementé doit être, <ul style="list-style-type: none"> égale ou postérieure à la date de l'accident, égale ou antérieure à la date de la présentation. 	PM-18R7
29	Profession	La profession du praticien de la santé réglementé doit être une des professions de la santé réglementées énumérées dans le Règlement.	PM-18R10
30	Date de signature	La date de la signature du praticien de la santé réglementé doit être, <ul style="list-style-type: none"> égale ou postérieure à la date de l'accident, égale ou antérieure à la date de la présentation. 	
31	Rubrique	Il doit y avoir au moins une rubrique pour les biens et services fournis. Une rubrique peut être une séance de traitement. La description de l'intervention dans le champ « Description » doit être une description standard approuvée, correspondant aux codes CCI ou GAP publiés par CIHI ou HCAI, respectivement.	PM-18R5
32	Quantité	La quantité estimative de biens ou de services d'une rubrique doit être supérieure à zéro.	PM-18R2
33	Coût total	Le coût total projeté de chaque rubrique de biens et services doit être, <ul style="list-style-type: none"> supérieur ou égal à zéro, égal au coût estimatif par jour multiplié par la quantité projetée. 	PM-18R1
34	Durée du traitement	La durée estimative du plan de traitement (en semaines) doit être supérieure à zéro.	PM-18R3

Numéro	Champ	Description	N° de validation
35	Nombre de visites de traitement	Le nombre de visites de traitement antérieurement indiqué doit être vide ou supérieur ou égal à zéro.	PM-18R4
36	Total de l'assureur automobile	Le montant total de l'assureur automobile sur les plans de traitement doit être <ul style="list-style-type: none"> • égal à la somme du total partiel, de la taxe, du montant du MSSLD et des autres assureurs 1 et 2. 	PM-18R11
FDIO-23 Règles de présentation			
37	Profession	La profession du praticien de la santé à la partie 4 doit être une des professions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • chiropraticien • dentiste • infirmière praticienne • ergothérapeute • médecin • physiothérapeute 	PM-23R17
38	Date de signature	La date de la signature du praticien de la santé réglementé doit être, <ul style="list-style-type: none"> • égale ou postérieure à la date de l'accident, • égale ou antérieure à la date de la présentation. 	PM-23R10
39	Ligne directrice	Si la date de l'accident est le 31 août 2010, ou avant cette date, la ligne directrice mentionnée à la Partie 9 doit être « PAF WAD I/II ». Autrement, elle doit être « blessure mineure ».	PM-23R25
40	Partie 11	Si la ligne directrice est « blessure mineure », il ne doit pas y avoir de rubrique à la Partie 11.	PM-23R26
41	Total	Le total du document doit être égal à la somme du total partiel de la Partie 9 et du total partiel de la Partie 11.	PM-23R17
42	Ligne directrice - Frais estimatifs	Les frais estimatifs dans les lignes directrices doivent être supérieurs ou égaux à zéro.	PM-23R27
43	Frais estimatifs pour biens et services supplémentaires	Les frais estimatifs pour biens et services supplémentaires doivent être supérieurs ou égaux à zéro.	PM-23R28
44	Total	Le montant total de l'assureur automobile doit être <ul style="list-style-type: none"> • égal à la somme du total partiel préautorisé. 	PM-23R17
FDIO-21A Règles de présentation – applicables uniquement au centre de saisie des données			
45	Numéro du régime	Le centre de saisie des données n'accepte pas un formulaire FDIO-21A s'il n'a pas auparavant reçu un Programme de traitement et d'évaluation (FDIO-18). Dans ce cas, on doit soumettre un formulaire FDIO-21B.	BR-DEC-00
FDIO-21B Règles de présentation			
46		Voir les règles de présentation pour les factures communes.	

Numéro	Champ	Description	N° de validation
FDIO-21C Règles de présentation			
47	Version	On doit utiliser la version C de la facture FDIO-21 pour facturer les biens et services conformes aux Lignes directrices publiées par le surintendant des assurances de l'Ontario.	IMBR-CS1
48	Types de Lignes directrices/Cadre de travail préautorisé	Le type de lignes directrices/Cadre de travail préautorisé pour une facture doit être le même que celui qui figure dans le régime original. Les valeurs autorisées dans le champ Type à la Partie 3 sont : <ul style="list-style-type: none"> • blessure mineure, • blessure WAS I/II. 	IMBR-CS28
49	Frais	La section des frais remboursables dans les limites des lignes directrices sur les blessures mineures ou du cadre de travail préautorisé sur un formulaire FDIO-21C peut contenir des rubriques zéro. S'il contient une rubrique ou plus, le coût proposé de chaque rubrique doit être supérieur ou égal à zéro. Le total partiel proposé pour cette section doit être supérieur ou égal à zéro.	IMBR-CS44
50	Frais	Les totaux des Lignes directrices/Cadre de travail préautorisé doivent être égaux à la somme de tous les frais remboursables.	IMBR-CS30
51	Autres biens et services remboursables	Il ne doit y avoir aucune rubrique dans la section Autres biens et services remboursables si les Lignes directrices/Cadre de travail préautorisé sont les Lignes directrices pour blessures mineures.	IMBR-CS45
Registre de l'établissement			
52	Registre de l'établissement	Les établissements qui facturent des assureurs automobiles doivent être inscrits au Système DRSSAA par le biais de l'auto-inscription en ligne ou en soumettant les documents de participation sur papier au centre de traitement. Les établissements inscrivent les fournisseurs de soins de santé individuels.	BR-DS-A01
53	Registre de l'établissement	Les établissements doivent être activés par l'équipe de soutien de l'adoption du fournisseur pour figurer dans le Système DRSSAA aux fins du traitement des formulaires. L'équipe active l'établissement après avoir reçu le formulaire de participation dûment signé.	BR-DS-A02

Numéro	Champ	Description	N° de validation
54	Numéro de participation du fournisseur	Les fournisseurs de soins de santé réglementés doivent fournir leur numéro de participation à l'Ordre.	BR-DS-A03
55	Registre de l'établissement	Jusqu'à ce que l'équipe de soutien de l'adoption du fournisseur active l'établissement, le fondé de pouvoir de l'établissement ne peut qu'entrer dans le Système DRSSAA afin de modifier ses coordonnées et ajouter le nom de fournisseurs de soins de santé.	BR-DS-A04
56	Gestion des utilisateurs	Dès que l'établissement est activé par l'équipe, ce qui se produit après réception du formulaire de participation dûment signé, le fondé de pouvoir de l'établissement pourra établir des utilisateurs et accéder aux fonctions du Système DRSSAA.	BR-DS-A05
57	Formulaires du fournisseur	Chaque fois qu'un fournisseur de soins de santé est ajouté au Système DRSSAA, l'établissement doit imprimer le formulaire de participation pertinent, obtenir la signature du fournisseur et en garder une copie papier.	BR-DS-A06
58	Date de fin du fournisseur	Pour annuler le lien entre le fournisseur des soins de santé et un établissement, l'administrateur de l'établissement doit fixer une date de fin du fournisseur. S'il existe un compte d'utilisateur du fournisseur, il sera désactivé à la date de fin.	BR-DS-A07
59	Intégration PMS	Si Intégration PMS est sélectionné, le nom du fournisseur PMS est nécessaire.	BR-DS-A08
60	Date de fin de l'établissement	Si la date de fin d'un établissement de soins de santé est entrée, tous les comptes d'utilisateurs seront désactivés 15 jours plus tard et aucun formulaire de présentation ne sera accepté après la date de fin.	BR-DS-A09
61	Fournisseur	Une fois inscrit, le nom et les professions du fournisseur de soins de santé ne peuvent pas être modifiés.	BR-DS-A10
62	Fournisseur	Pour modifier le nom d'un fournisseur de soins de santé, la date de fin est saisie et le fournisseur doit avoir un nouveau nom.	BR-DS-A11