

Veillez envoyer la présente formule à :

# Rapport sommaire (FDIO-11B)

**NE RIEN  
ÉCRIRE  
ICI**

Numéro de demande

Numéro de police

Le reste de la formule doit être rempli par le centre d'évaluation désigné. La présente formule ne constitue qu'un résumé du résultat des évaluations. Veuillez joindre une copie des rapports d'évaluation complets qui comprennent les signatures de tous les évaluateurs. (FDIO-11A, FDIO-11B et rapport d'évaluation)

## Énoncés d'évaluation

- Feuilles  
additionnelles  
ci-jointes

### Évaluation de l'invalidité

Préciser si la personne assurée continue de souffrir de l'invalidité qui lui donne droit à une indemnité.

Nom du (de la) professionnel(le) de la santé	Signature	Date	année	mois	jour
--	-----------	------	-------	------	------

Profession :  médecin  chiropraticien(ne)  dentiste  optométriste  psychologue  physiothérapeute

### Évaluation des soins médicaux et de réadaptation

Préciser si la demande d'indemnité de soins médicaux et de réadaptation en vertu du Projet de loi 164 ou décrits dans le programme de traitement en vertu du Projet de loi 89 est raisonnable et nécessaire en vue du traitement ou de la réadaptation du demandeur (de la demanderesse).

Recommandation(s) quant à la fourniture de biens et à la prestation de services nécessaires au traitement ou à la réadaptation du demandeur (de la demanderesse).

Nom du (de la) professionnel(le) de la santé	Signature	Date	année	mois	jour
--	-----------	------	-------	------	------

Profession :  médecin  chiropraticien(ne)  dentiste  optométriste  psychologue  physiothérapeute

### Évaluation des soins auxiliaires

Détermination, conformément à la formule 1, du montant à verser par l'assureur pour la prestation future de soins auxiliaires.

Recommandations sur la prestation future de soins auxiliaires à la personne assurée.

Nom du (de la) professionnel(le) de la santé	Signature	Date	année	mois	jour
--	-----------	------	-------	------	------

Profession :  médecin  chiropraticien(ne)  dentiste  optométriste  psychologue  physiothérapeute

### Évaluation de la déficience invalidante

Préciser si la blessure subie lors de l'accident d'automobile est invalidante.

Nom du (de la) professionnel(le) de la santé	Signature	Date	année	mois	jour
--	-----------	------	-------	------	------

Profession :  médecin  chiropraticien(ne)  dentiste  optométriste  psychologue  physiothérapeute

**Nota :** Les honoraires pour remplir le présent certificat ne sont pas couverts par le régime d'assurance-santé du ministère de la Santé de l'Ontario. Les honoraires et le coût de tout examen nécessaire pour remplir la présente formule doivent être facturés à la compagnie d'assurance.