

Facture standard d'assurance automobile (FDIO-21/59)

N° de la demande :

N° de police :

Date de l'accident :
(AAAAMMJJ)

Formulaire désigné pour tout cas d'accident survenu depuis le 1^{er} novembre 1996 et pour des biens et services médicaux et de réhabilitation facturés directement à un assureur automobile. Vous trouverez sur le site www.autoinsurancereforms.on.ca un Guide de l'utilisateur pour vous aider à remplir le formulaire et ses annexes. Veuillez joindre la version C (pages 2 et 3) concernant les cadres d'actions pré-approuvés (CAPA) et la version A (page 2) dans le cas d'un traitement ou d'un plan d'évaluation déjà approuvé. La version B (pages 2 et 3) doit être employée pour tous les autres biens et services. Elle peut aussi être utilisée, à la discrétion du prestataire des biens et services, dans le cas de traitements et de plans d'évaluation déjà approuvés. Veuillez fournir tous les renseignements demandés. Confidentialité : La collecte, l'utilisation et la divulgation de ces renseignements sont assujetties aux lois en vigueur pour protéger la vie privée.

Partie 1 Identification du demandeur

Date de naissance (AAAAMMJJ)	Sexe M F	Téléphone	Poste
Nom			
Prénom		Deuxième prénom	
Adresse			
Ville	Province	Code postal	

Partie 2 Identification de l'assureur

Nom de la compagnie d'assurance		Localité de la succursale (s'il y a lieu)	
Nom de famille de l'expert en sinistre		Prénom	
Téléphone	Poste	Télécopieur	
Le titulaire de la police est le même que le demandeur OU	Nom du titulaire	Prénom du titulaire	

Partie 3 Identification de la facture

N° de facture	
Première facture	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dernière facture	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Catégorie de CED (s'il y a lieu)	
<input type="checkbox"/> Soins/ Réadaptation	
<input type="checkbox"/> Invalidité	
<input type="checkbox"/> Après 104 semaines	
<input type="checkbox"/> Soins auxiliaires	
<input type="checkbox"/> Déficience invalidante	

Dans le cas de **produits et services déjà approuvés**, complétez le tableau suivant :

Type de programme ou cadre d'action pré-approuvé	Date du plan (AAAAMMJJ)	N° du plan	Montant approuvé	Montant précédent
<input type="checkbox"/> Programme de traitement (OCF-18) ♦				
<input type="checkbox"/> Plan du CED (OCF-11) ♦				
<input type="checkbox"/> Plan d'évaluation (OCF-22) ♦				
<input type="checkbox"/> CAPA Type : *				
♦ Joindre la version A or B * Joindre la version C				
Joindre la version B à toute autre facture				

Partie 4 Identification du bénéficiaire

Nom de l'établissement (s'il y a lieu)		Code d'identification de l'établissement selon l'AIISI (s'il y a lieu)	
Nom de famille du prestataire		Prénom du prestataire	Numéro du prestataire (s'il y a lieu)
Adresse			
Ville	Ville	Ville	
Téléphone	Poste	Télécopieur	
Courriel			
<input type="checkbox"/> Je déclare que cette facture ne me place pas dans aucune situation de conflit d'intérêts, et j'ai conclu après vérification raisonnable, qu'elle ne place pas ni celui ni celle qui m'a référé le demandeur, dans toute situation de conflit d'intérêts. Ou <input type="checkbox"/> Je déclare que cette facture occasionne les situations de conflit d'intérêts suivantes :			
J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse faite en connaissance de cause à mon assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une violation de la Loi sur l'assurance. Je reconnais également que frauder ou tenter de frauder une compagnie d'assurance par supercherie, contrefaçon ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction en vertu du Code criminel fédéral.			
Nom du professionnel de la santé ou du signataire autorisé (en lettres moulées)		Signature du professionnel de la santé ou du signataire autorisé	Date (AAAAMMJJ)

Les pages 2 et 3 de la Version B sont utilisées pour les produits et services qui n'ont pas été antérieurement approuvés par l'assureur par l'intermédiaire des formulaires OCF-18, OCF-11, ou OCF-22. Ils peuvent être utilisés à la discrétion du fournisseur pour facturer tout produit ou service à l'exception de ceux visés par le cadre d'action pré-approuvé (utiliser version C – pages 2 et 3).

AUTRE ASSURANCE : J'ai fait des recherches raisonnables sur le demandeur et déterminé que :		
<input type="checkbox"/> NON Il n'y a pas d'autre garantie d'assurance identifiées pour ces produits et services <input type="checkbox"/> OUI Il y a une autre garantie d'assurance pouvant couvrir/partiellement couvrir ces produits et services.		
MS	Cette facture comporte-elle une garantie du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MS) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet	
Autre assureur 1	Nom de l'autre assureur	Numéro de régime ou de police de l'autre assureur
	Nom du membre du régime	Identificateur de l'autre assureur
Autre assureur 2	Nom de l'autre assureur	Numéro de régime ou de police de l'autre assureur
	Nom du membre du régime	Identificateur de l'autre assureur
Les détails sur l'autre assureur ne sont pas requis si ce sont les mêmes que ceux figurant sur un régime pré-autorisé.		

Définition du conflit d'intérêt :		
Une personne peut avoir un conflit d'intérêt à l'égard d'une facture si :		
i.	La personne, ou une personne lui étant reliée, peut recevoir un bénéfice financier directement ou indirectement, du fait de la prestation, par la personne reliée, des produits et services	
ii.	La personne pouvant recevoir le bénéfice financier n'est pas l'employé de la personne qui fournira le produit ou service et n'a pas de contrat avec la personne qui fournira le produit ou service en vertu duquel des produits et services de cette nature sont fournis.	

Autre assurance (pour les produits et services sur la présente facture)		MS	Assur. 1	Assur. 2	Activité du compte depuis dernière facture (si de l'intérêt est imputé)	Total partiel :			
	Chiropraxie :						MS :		
	Physiothérapie :				Solde antérieur :		Autre assureur 1 + 2 :		
	Massothérapie :				Paiement reçu de l'assureur auto :		TPS (s'il y a lieu) :		
	¹ Autre type de services :				² Montant en souffrance :		TVP (s'il y a lieu) :		
	Total :				¹ Veuillez préciser autre type de service :		²Intérêt :		
				² L'assureur paiera l'intérêt sur les montants en souffrance conformément à l'Annexe sur les indemnités d'accident légales		Total de l'assureur auto :			

Chèque à l'ordre de :	
Autres renseignements :	

À l'usage de l'assureur seulement		
Examiné par :		
Approuvé par :		
Nom bénéficiaire :		
Montant payé :	Total	Intérêt
	Total global	

Pages 2 et 3 de la Version C sont jointes à la page 1 de l'OCF-21 et utilisés pour facturer les produits et services conformes cadre d'action pré-approuvé.
 Pour tous les autres produits et services, joindre Version A ou B.

Frais remboursables selon le cadre d'action pré-approuvé (CAPA) :			
Description	*Code	*Attribut	Coût
* Consulter le Guide de l'utilisateur à www.autoinsuranceforms.on.ca pour le code			Total des CAPA :

Autre produits et services remboursables approuvés par l'assureur :											
Date de service			Description	*Code	*Attribut	Référence fournisseur	Quantité	*Mesure	TPS (✓)	TVP (✓)	Coût
AAAA	MM	JJ									
* Consulter le Guide de l'utilisateur à www.autoinsuranceforms.on.ca pour le code										Total autre produits et services :	

Autre assurance (pour les produits et services sur la présente facture)	MS	Assur. 1	Assur. 2	Activité du compte depuis dernière facture (si de l'intérêt est imputé)		Total partiel :			
	Chiropraxie :						MS :		
	Physiothérapie :				Solde antérieur :		Autre assureur 1 + 2 :		
	Massothérapie :				Païement reçu de l'assureur auto :		TPS (s'il y a lieu) :		
	¹ Autre type de services :						TVP (s'il y a lieu) :		
	Total :				² Montant en souffrance :		²Intérêt :		
¹ Veillez préciser autre type de service :				⁴ L'assureur paiera l'intérêt sur les montants en souffrance conformément à l'Annexe sur les indemnités d'accident légales		Total de l'assureur auto :			

Chèque à l'ordre de :	
Autres renseignements :	

À l'usage de l'assureur seulement			
Examiné par :			
Approuvé par :			
Nom bénéficiaire :			
Montant payé :	Total	Intérêt	Total Global