

Confirmation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées (FDIO-23/198)

Utilisez cette formule pour les accidents survenus depuis le 1^{er} octobre 2003 inclusivement.

N° de demande :	
N° de police :	
Date de l'accident : (AAAAMJJ)	

À l'attention du demandeur :

Veuillez remplir les Parties 1 et 2. Par la suite, une fois que votre praticien ou professionnel de la santé aura examiné le Programme de traitement avec vous, veuillez signer la Partie 8.

Votre praticien de la santé remplira toutes les autres Parties du formulaire. **Un praticien de la santé (chiropraticien(ne), dentiste, infirmier(ère) praticien(ne), ergothérapeute, optométriste, médecin, physiothérapeute, psychologue, orthophoniste) doit signer la Partie 5.**

Veuillez fournir tous les renseignements demandés.

Au professionnel de la santé chargé du dossier :

Utilisez la présente formule pour les accidents survenus depuis le 1^{er} octobre inclusivement pour des biens et services fournis conformément aux Lignes directrices pré-autorisées.

Consentement : Il incombe au professionnel de la santé chargé du dossier de s'assurer que la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements soumis sont autorisées par le biais d'une formule de consentement. Les professionnels ou établissements de santé devront utiliser la formule de demande d'indemnités de l'Ontario Æ5 (FDIO-5) intitulée *Autorisation de divulguer des renseignements médicaux* à titre de formulaire de consentement, bien qu'il soit possible que des divulgations et des consentements supplémentaires puissent être requis selon la façon dont les renseignements sont utilisés et divulgués.

La collecte, l'utilisation et la divulgation de ces renseignements sont assujetties aux lois en vigueur sur la protection de la vie privée.

Partie 1 Identification du demandeur À remplir par le demandeur	Date de naissance (AAAAMJJ)	Sexe <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	Téléphone
	Nom		
	Prénom	Second prénom	
	Adresse		
	Ville	Province	Code postal

Partie 2 Identification de l'assureur À remplir par le demandeur	Nom de l'assureur	Localité de la succursale (s'il y a lieu)		
	Nom de l'expert en sinistres	Prénom de l'expert en sinistres		
	Téléphone	Poste	Télécopieur de l'expert en sinistres	
	Nom du titulaire de la police identique au : <input type="radio"/> Demandeur OU	Nom du titulaire de la police	Prénom du titulaire de la police	N° de la police

Partie 3 Autre assurance À remplir par le professionnel de la santé responsable de la préparation et de la supervision du dossier du demandeur	AUTRE ASSURANCE : Y a-t-il d'autres assurances couvrant des biens ou des services énumérés dans cette Confirmation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées? J'ai effectué des vérifications raisonnables sur le demandeur et j'ai déterminé que :				
	<input type="radio"/> NON <i>Le demandeur ne possède pas d'autres assurances couvrant ces biens et services</i>		<input type="radio"/> OUI <i>Le demandeur possède d'autres assurances qui pourraient couvrir, en tout ou en partie, ces biens et ces services.</i>		
	MS	Est-ce que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MS) couvre l'un ou l'autre des biens et services compris cette Confirmation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Sans objet			
	Autre assureur 1	Nom de l'autre assureur	N° de police ou de régime de l'autre assureur		
		Nom de l'adhérent	Code d'identification de l'autre assureur		
Autre assureur 2	Nom de l'autre assureur	N° de police ou de régime de l'autre assureur			
	Nom de l'adhérent	Code d'identification de l'autre assureur			

Partie 4 Définition d'un conflit d'intérêts	Une Confirmation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées de traitement place une personne dans une situation de conflit d'intérêts si les conditions suivantes sont réunies :
	i) la personne ou un membre de la famille de la personne peut recevoir, directement ou indirectement, un avantage financier à la suite de la prestation, par un membre de la famille de la personne ou par une autre personne, de biens ou de services prévus dans la Confirmation du traitement; et ii) la personne qui peut recevoir l'avantage financier n'est pas employée par la personne qui fournira les biens ou les services et n'a pas conclu avec celle-ci de contrat prévoyant la fourniture de tels biens ou services.

Partie 5 Signature du professionnel de la santé chargé du dossier	Nom du professionnel de la santé chargé du dossier (en lettres moulées)		N° d'inscription de l'Ordre		Votre profession : <input type="checkbox"/> Chiropraticien(ne) <input type="checkbox"/> Dentiste <input type="checkbox"/> Massothérapeute <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) praticien(ne) <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Optométriste <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Autre_____	
	Nom de l'établissement (s'il y a lieu)		Code de la FAAS (s'il y a lieu)			
	Adresse					
	Ville	Province	Code postal			
	Numéro de téléphone		Poste	Télécopieur		
	Courriel					
<input type="checkbox"/> Je ne suis pas le premier professionnel de la santé chargé du dossier Déclaration à l'égard du conflit d'intérêt <input type="checkbox"/> Je déclare que cette <i>Confirmation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées de traitement</i> ne me place devant aucun conflit d'intérêts et, qu'après avoir effectué des vérifications raisonnables, je déclare qu'il n'y a pas de conflit d'intérêt relativement à la <i>Confirmation du traitement de la part de</i> toute personne ayant recommandé le demandeur à un particulier qui fournira les biens et services envisagés dans la <i>Confirmation du traitement</i> ; ou <input type="checkbox"/> Je déclare que cette <i>Confirmation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées de traitement</i> occasionne les conflits d'intérêts suivants :						
<p>J'atteste que les biens et services envisagés sont raisonnables et nécessaires au traitement et à la réadaptation du demandeur pour les blessures identifiées à la Partie 6 et que le traitement proposé est conforme aux Lignes directrices pré-autorisées. J'ai examiné le traitement proposé avec le demandeur.</p> <p>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, contrefaçon ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction en vertu du Code criminel fédéral.</p>						
Nom du professionnel de la santé chargé du dossier (en lettres moulées) :		Signature du professionnel de la santé chargé du dossier		Date (AAAAMJJ)		

Au professionnel de la santé :

Veuillez fournir les renseignements suivants en vous fondant sur votre examen le plus récent du demandeur susmentionné et retourner la formule à l'assureur indiqué à la Partie 2. **Veuillez écrire lisiblement.**

Partie 6 Blessures et séquelles	Fournissez une description (commencer par les points les plus importants) des blessures et séquelles qui résultent directement de l'accident d'automobile, avec les codes ICD-10-CA correspondants.	
	Description de la blessure	Code de la blessure
Note : Consultez le manuel de l'utilisateur à l'adresse www.autoinsurancereforms.on.ca pour tout renseignement concernant la classification ICD-10-CA.		

Partie 7 Conditions préalables et actuelles	a) Avant l'accident, le demandeur souffrait-il d'une maladie, d'un problème de santé ou d'une lésion qui pourrait avoir une incidence sur sa réaction au traitement administré pour soigner les blessures décrites à la partie 6? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Oui (précisez)
	b) Si oui, le demandeur a-t-il passé des examens ou reçu des traitements pour cette maladie, ce problème de santé ou cette lésion au cours de la dernière année? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Oui (précisez en identifiant le fournisseur, si celui-ci est connu)

Partie 8 Obstacle au rétablissement	a) Avez-vous identifié des obstacles au rétablissement qui peuvent nuire au succès du traitement de ce demandeur ? (Pour vous aider à identifier les obstacles au rétablissement, veuillez consulter le manuel de l'utilisateur à l'adresse www.autoinsurancereforms.on.ca .) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (précisez)
--	---

Nom du demandeur :	FDIO-23/198 - À RETOURNER PAR TÉLÉCOPIEUR	N° de police :
Nom du fournisseur :		N° de la demande :
Télécopieur du fournisseur :		Date de l'accident :

Partie 9 Services pré-autorisés en vertu des Lignes directrices pré-autorisées			
Catégorie	Description	Frais maximums	Frais estimés
Lignes directrices pré-autorisées (spécifiez la directive concernée)			
Biens et services supplémentaires			
Autres services pré-autorisés (y compris la radiologie)			
Partie 9 – Total partiel			

Partie 10 Autres fournisseurs des soins de santé (seulement si les services de la Partie 11 sont dispensés par d'autres fournisseurs)	Référence du fournisseur	Catégorie de fournisseur	Fournisseur		Réglementé (N° d'inscription de l'Ordre)	Non réglementé (code d'identification de la FAAS, s'il y a lieu)	Tarif horaire (s'il y a lieu)
			Nom	Prénom			
			A				
B							
C							
D							

Partie 11 Autres biens et services compris dans les Lignes directrices pré-autorisées nécessitant l'autorisation de l'assureur						
Description	Code	Attribut	Réf. fournisseur	Estimation		
				Quantité	Mesure	Coût
Note : Pour connaître les lignes directrices relatives à la classification, consultez le manuel de l'utilisateur à l'adresse www.autoinsurancereforms.on.ca . Les codes d'attribut sont nécessaires pour donner des précisions additionnelles sur les codes de services. On les retrouve également dans le manuel de l'utilisateur.				Partie 11 – Total partiel :		
Note : Le remboursement de ces frais par l'assureur automobile est assujéti à la disponibilité d'indemnités accessoires.				Total :		
Expliquez brièvement la raison pour laquelle les biens et les services de la Partie 11 sont proposés et l'objectif du traitement :						

Partie 12 Signature du demandeur	J'ai examiné cette formule. J'ai été avisé du traitement proposé et je l'accepte. J'atteste que, à ma connaissance, les renseignements que j'ai fournis sont exacts. Le paiement de ce traitement est pré-autorisé et/ou est sujet à l'approbation de l'assureur. Pour les services nécessitant l'approbation de l'assureur, je comprends que si j'entreprends ces services avant leur approbation par l'assureur ou par un Centre d'évaluation désigné, je pourrai être responsable, envers mon fournisseur, de tout bien ou service fourni. Tous les services peuvent faire l'objet de questions relatives à la couverture ou d'exclusions. Je consens à la communication de renseignements personnels entre mon professionnel de la santé chargé du dossier et mon assureur. Si cette formule FDIO-23/198 n'est pas remplie par le premier professionnel de la santé chargé du dossier, je consens à ce que l'assureur communique avec mon premier professionnel de la santé chargé du dossier dans le but de déterminer le montant utilisé des biens et services visés par les Lignes directrices pré-autorisées. Si mon assureur conteste la demande, j'autorise mon assureur et les professionnels de la santé qui me soignent à communiquer au Centre d'évaluation désigné tout renseignement relatif à mon état de santé, à mon traitement et aux soins de réadaptation reçus en raison de l'accident automobile, afin de déterminer mon admissibilité aux indemnités. J'autorise le Centre d'évaluation désigné à consulter les professionnels de la santé qui me soignent, s'il y a lieu. J'autorise également le Centre d'évaluation désigné à donner à mon assureur et aux professionnels de la santé qui me soignent une copie de son rapport. Je reconnais que toute déclaration fautive 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, contrefaçon ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction en vertu du Code criminel fédéral.		
Doit être remplie à moins que l'assureur n'y renonce	Nom du demandeur (en lettres moulées) :	Signature du demandeur	Date (AAAA-MM-JJ)

Partie 13 Signature de l'assureur	<input type="checkbox"/> Je renonce à l'obligation de faire signer le demandeur <input type="checkbox"/> J'ai examiné la présente formule de Confirmation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées de traitement et, en m'appuyant sur les renseignements obtenus, je confirme que la police indiquée à la Partie 2 était en vigueur au moment de l'accident.		
	Si d'autres biens et services nécessitant l'autorisation de l'assureur ont été proposés à la Partie 11,		
	<input type="checkbox"/> Je les approuve	<input type="checkbox"/> Je les approuve en partie (raisons jointes en annexe)	<input type="checkbox"/> Je ne les approuve pas (raisons jointes en annexe)
	Nom de l'expert en sinistres (en lettres moulées)	Signature de l'expert en sinistres (en lettres moulées)	Date (AAAA-MM-JJ)
A l'assureur Veuillez fournir une copie de la présente page au demandeur et au Professionnel de la santé chargé du dossier, tel qu'indiqué à la Partie 5.			