



Financial Services
Commission
of Ontario

Commission des
services financiers
de l'Ontario

Octobre 2018

**Ligne directrice concernant le Système de demandes de
règlement pour soins de santé
liés à l'assurance-automobile**

Ligne directrice du surintendant n° 02/18

Ligne directrice d'octobre 2018 concernant le Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile

INTRODUCTION

La présente ligne directrice remplace la Ligne directrice d'août 2017 concernant le Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile – Ligne directrice du surintendant n° 01/17. Elle s'applique en vertu du paragraphe 268.3 (1) de la *Loi sur les assurances* et aux fins des paragraphes 49 (1), 64 (7) et de l'article 66 de l'Annexe sur les indemnités d'accident légales – en vigueur depuis le 1^{er} septembre 2010 (AIAL).

La présente ligne directrice s'applique aux documents qui y sont énumérés et qui sont signifiés le 1^{er} octobre 2018, ou après ce jour, quelle que soit la date de l'accident auquel ils se rapportent.

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

La présente ligne directrice précise :

- les assureurs, les établissements de soins de santé et les professionnels de soins de santé qui sont assujettis à la Ligne directrice, 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;
- les processus de facturation.

Assureurs et établissements participants assujettis à la présente ligne directrice

La présente ligne directrice s'applique uniquement aux transactions entre des établissements participants 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.

Des sections particulières de la présente ligne directrice s'appliquent, le cas échéant, aux fournisseurs de services ayant obtenu un permis en vertu du paragraphe 288.5 (3) de la *Loi sur les assurances*. Ces entités sont désignées à titre de « fournisseurs de services » dans la présente ligne directrice. Conformément au paragraphe 288.2 (1) de la *Loi sur les assurances*, il n'est pas permis à l'assureur de faire un paiement au titre de frais désignés directement à une personne ou à une entité qui n'est pas titulaire d'un permis de fournisseur de services au moment applicable.

Assureurs participants

La présente ligne directrice s'applique 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 de la ligne directrice. De plus, dans le contexte de cette ligne directrice, le Fonds d'indemnisation des victimes d'accidents de véhicules automobiles est un assureur participant.

La présente ligne directrice ne s'applique pas à un réassureur, pour des demandes d'indemnités découlant d'un contrat de réassurance.

Fournisseurs de services

Un fournisseur de services détient un permis valide émis par le surintendant des services financiers en vertu de la *Loi sur les assurances*.

Établissements participants

Aux fins de la présente ligne directrice, le bureau principal et chaque succursale désignée d'un établissement de soins de santé inscrit dans le Système de demandes de règlement pour soins de santé liées à l'assurance-automobile (DRSSAA) est un établissement participant. Chaque professionnel de la santé inscrit exploitant au nom du bureau principal ou d'une succursale désignée est un établissement participant.

Un fournisseur de services peut être un établissement participant. Un fournisseur de services peut également être propriétaire d'un ou de plusieurs établissements participants. Un établissement participant donné peut être la propriété d'un fournisseur de services donné et être titulaire d'un permis à titre de fournisseur de services donné, ou il n'est pas la propriété du fournisseur de services et ne fait pas partie d'un fournisseur de services titulaire d'un permis. Pour plus de certitude, un établissement participant peut être ou non un fournisseur de services.

Professionnels de la santé inscrits

Les professionnels de la santé qui sont inscrits auprès d'un ou de plusieurs établissements participants sont des professionnels de la santé aux fins de la présente ligne directrice.

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

Health Claims for Auto Insurance Processing est le bureau central de traitement aux fins de la présente ligne directrice et du paragraphe 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 professionnels de la santé et aux établissements participants inscrits 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.

Registre public

La CSFO maintiendra un registre public des fournisseurs de services, actuels et anciens. Ce registre se trouve sur le site Web de la CSFO à l'adresse www.fsco.gov.on.ca. Le registre public inclura les dates d'entrée en vigueur de tous les titulaires de permis et indiquera si certaines conditions s'appliquent au titulaire de permis, et si le permis a fait l'objet d'une suspension, d'une révocation ou d'une renonciation, et des dates applicables.

FACTURES POUR LES BIENS ET SERVICES VISÉS PAR LA PRÉSENTE LIGNE DIRECTRICE – AIAL, ART. 49

Toute facture se rapportant aux biens ou services désignés à l'annexe 2 de la présente ligne directrice aux fins de l'article 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 et doit être soumise par un établissement participant par l'intermédiaire du DRSSAA.

Cette exigence s'applique uniquement si :

- le paiement de la facture présentée à un assureur participant porte sur une transaction avec un établissement participant;
- tous les biens ou services mentionnés sur la facture sont fournis en Ontario par l'établissement participant;
- la facture est soumise par un établissement 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 remise au BCT comme l'exige la présente ligne directrice. Cette interdiction s'applique aux services fournis par des fournisseurs de services et des fournisseurs de services non titulaires d'un permis.

L'article 49.1 de l'AIAL établit des exigences supplémentaires lorsque les services sont fournis par un fournisseur de services non titulaire d'un permis. Après avoir soumis la facture au BCT, l'établissement participant doit imprimer une copie de la facture, obtenir la signature appropriée et la remettre à la personne assurée. La personne assurée doit à son tour remettre une copie de la facture à son assureur.

DOCUMENTS QUI DOIVENT ÊTRE REMIS AU BCT

Formulaires applicables

Les documents suivants sont précisés aux fins du paragraphe 64 (7) de l'AIAL. Ces documents doivent être remis au BCT (et non directement à l'assureur) à moins d'avis contraire conformément à la présente ligne directrice lorsqu'ils sont remis par un établissement participant à un assureur participant.

Plan de traitement et d'évaluation (FDIO-18) – AIAL, art. 38

L'exigence de remettre ce document au BCT s'applique que l'établissement participant soit ou non un fournisseur de services.

Le formulaire FDIO-18 n'est plus approuvé pour être utilisé avec les codes de la Ligne directrice sur les blessures légères ou du Cadre de travail préautorisé.

Confirmation du traitement (FDIO-23) – AIAL, art. 40

Cette exigence s'applique peu importe que l'établissement participant soit ou non un fournisseur de services.

Formulaire 1 – Évaluation des besoins en soins auxiliaires – AIAL, art. 42

Cette exigence s'applique peu importe que l'établissement participant soit ou non un fournisseur de services.

Les factures pour les soins auxiliaires continueront d'être présentées et traitées à l'extérieur du Système DRSSAA, au moyen de l'une des méthodes de présentation établies au paragraphe 64 (2) de l'AIAL.

Facture d'assurance-automobile standard (FDIO-21) – AIAL, art. 49

Le formulaire FDIO-21 doit être remis au BCT par tous les établissements participants, y compris les fournisseurs de services et les fournisseurs de services non titulaires d'un permis, selon les conditions précisées dans la présente ligne directrice, et si la présente ligne directrice exige l'utilisation de cette formule pour les services et biens facturés.

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

Certificat d'invalidité (FDIO-3)

* Un formulaire FDIO-21 présenté à un assureur pour facturer uniquement la préparation d'un Certificat d'invalidité (FDIO-3) peut être remis au BCT conformément à la présente ligne directrice ou directement à l'assureur, au choix de l'établissement participant.

En plus, que l'établissement participant fasse partie ou non d'un fournisseur de services, s'il est adéquatement inscrit dans le DRSSAA, il peut continuer de soumettre le FDIO-3 de la manière habituelle (et non par l'intermédiaire du BCT).

Exigences relatives à la soumission d'un formulaire FDIO-21

L'objet de la présente section est d'établir les règles que doivent suivre tous les établissements participants relativement à la soumission d'un formulaire FDIO-21. Elle comprend une description de l'information qui doit être présentée sur le formulaire FDIO-21 pour qu'il puisse être considéré comme ayant été dûment rempli et tous les renseignements qu'il doit comporter pour se conformer au sens de l'article 67 de l'AIAL.

Advenant qu'un formulaire FDIO-21 ne contienne pas tous les renseignements obligatoires ci-dessus, il sera considéré comme étant incomplet et réputé ne pas contenir tous les renseignements exigés par l'AIAL.

Soumission d'un formulaire FDIO-21 par des fournisseurs de services non titulaires d'un permis

Les titulaires de services non titulaires d'un permis doivent remplir un formulaire FDIO-21 pour tous les biens et services et le soumettre au BCT, même s'ils cherchent à obtenir un paiement direct du demandeur. Comme il est indiqué ci-dessus, l'article 49.1 de l'AIAL exige que le fournisseur de services non titulaire d'un permis remette au demandeur une copie imprimée du formulaire FDIO-21 qui a été soumis au BCT. Le demandeur cherchera à obtenir un remboursement de l'assureur participant en remettant une copie du formulaire FDIO-21 à l'assureur participant, comme l'exige l'article 49.1 de l'AIAL. Lorsque l'assureur participant aura fait le rapprochement de la copie du formulaire FDIO-21 avec le formulaire FDIO-21 remis au BCT, l'assureur participant remboursera directement le demandeur.

Les soumissions de formulaire FDIO-21 d'un fournisseur de services non titulaire d'un permis ne sont pas réputées avoir été reçues par l'assureur conformément aux paragraphes 64 (8) et (9) de l'AIAL jusqu'à ce que l'assureur reçoive une copie imprimée du formulaire FDIO-21 du demandeur. L'article 49.1 exige que le demandeur remette une copie du formulaire FDIO-21 à l'assureur. Lorsque l'assureur reçoit la copie de la facture, la date de réception sera saisie dans le BCT et ce dernier déterminera à ce moment si le document a été dûment rempli.

Méthodes de facturation

a) Fréquence de facturation

Cette disposition ne s'applique qu'aux fournisseurs de services.

Il ne faut transmettre un formulaire FDIO-21 à l'égard d'un Plan de traitement et d'évaluation (FDIO-18) que lorsque tous les biens ou services mentionnés sur le formulaire FDIO-18 ont été fournis. Toutefois, lorsque la fourniture des biens ou services visés dans un formulaire FDIO-18 se prolonge sur une période de plus 30 jours civils, le fournisseur de services peut opter de transmettre un formulaire FDIO-21 à l'égard de ce formulaire FDIO-18, qu'une fois tous les 30 jours civils.

Afin de permettre aux assureurs de bien mettre en concordance les factures, un fournisseur de services ne peut présenter un formulaire FDIO-21 qui s'applique à plus d'un formulaire FDIO-18 ou FDIO-23 ou à un formulaire FDIO-18 ainsi qu'un formulaire FDIO-23.

Si le traitement est dispensé en vertu de la Ligne directrice sur les blessures légères (LDBL), un fournisseur de services ne peut présenter un formulaire FDIO-21 à l'égard d'un bloc de traitement visé par la LDBL que lorsque le bloc est terminé. (Dans le cas où une personne assurée change de fournisseur pendant que les services de traitement sont en cours, le fournisseur précédent peut présenter un formulaire FDIO-21 à l'égard des services dispensés avant le changement. Toutefois, le montant facturé doit être conforme aux dispositions de l'article 6 [« Changement de praticien de la santé en vertu de la présente ligne directrice »] de la LDBL.)

b) Factures en double

Il est interdit de présenter de nouveau, par l'entremise du Système DRSSAA, un formulaire FDIO-21 qui fait mention, en totalité ou en partie, de biens ou services mentionnés dans un formulaire FDIO-21 déjà reçu par l'assureur conformément au paragraphe 64 (9) de l'AIAL. Advenant qu'un établissement participant souhaite mentionner un montant en souffrance à l'assureur, il doit communiquer directement avec lui.

Un établissement participant qui, à plusieurs reprises et/ou de façon délibérée, transmet des formulaires FDIO-21 en double par l'entremise du Système DRSSAA peut être considéré comme agissant en violation des conditions imposées aux utilisateurs du BCT (voir **Inscription au Système DRSSAA** ci-dessous). Une telle violation peut entraîner la suspension, l'annulation ou la révocation de l'accès de l'établissement participant au Système DRSSAA.

En outre, l'article 7 du Règlement de l'Ontario 90/14, Fournisseurs de services — normes applicables aux systèmes administratifs et pratiques commerciales (le Règlement de l'Ontario 90/14) exige que le fournisseur de services prenne toutes les mesures raisonnables pour faire en sorte de ne pas présenter à l'assureur des duplicata des formulaires FDIO-18, FDIO-23 et FDIO-21 ou de tout autre document requis par cette ligne directrice et qui doit être livré par l'intermédiaire du Système DRSSAA. Le fournisseur de services est tenu de se conformer au Règlement de l'Ontario 90/14.

c) Biens et services autorisés

Les établissements participants doivent facturer aux assureurs participants les biens ou services désignés à l'annexe 2 distinctement des biens ou services non désignés à l'annexe 2. De la même façon, les établissements participants doivent facturer les assureurs participants pour les biens ou services fournis en Ontario distinctement des biens ou services non fournis en Ontario.

d) Biens et services non autorisés

Un établissement participant ne peut pas présenter un formulaire FDIO-21 à l'égard de biens ou des services (notamment des évaluations et des examens) qui n'ont pas été :

- i. autorisés par l'assureur;
- ii. considérés par l'AIAL comme étant payables par l'assureur;
- iii. déterminés comme étant payables par l'assureur à la suite du règlement d'un différend conformément aux articles 279 à 283 de la *Loi sur les assurances*.

Un établissement participant qui, à plusieurs reprises et/ou de façon délibérée, transmet des formulaires FDIO-21 par l'entremise du Système DRSSAA contrairement à la présente exigence peut être considéré comme agissant en violation des conditions imposées aux utilisateurs du BCT (voir **Inscription au Système DRSSAA** ci-dessous). Une telle violation peut entraîner la suspension, l'annulation ou la révocation de l'accès du fournisseur de services au Système DRSSAA.

En outre, l'article 10 du Règlement de l'Ontario 90/14 interdit à un fournisseur de service de soumettre un formulaire FDIO-21 par l'intermédiaire du Système DRSSAA pour toute dépense indiquée qui n'a pas été autorisée par l'assureur, lorsqu'une autorisation est requise conformément à l'AIAL et selon l'échéance applicable établie par l'AIAL. Le fournisseur de services est tenu de se conformer au Règlement de l'Ontario 90/14.

e) Utilisation des versions adéquates du formulaire FDIO-21

Les formulaires FDIO-21 et FDIO-21B ne sont pas autorisés aux fins de la facturation de tout montant en vertu de la Ligne directrice sur les blessures mineures ou d'une Ligne directrice préautorisée.

Seul le formulaire FDIO-21 est autorisé aux fins de la facturation de tout montant en vertu de la Ligne directrice sur les blessures mineures ou du Cadre de travail préautorisé.

Lorsqu'un formulaire FDIO-21 est soumis, les renseignements supplémentaires suivants doivent y être inclus :

- i. La date de début du bloc de traitement.
- ii. La profession du professionnel de la santé qui dispense le traitement.

Tenue de dossiers

Pour chaque formulaire FDIO-21 remis à un assureur participant, l'établissement participant doit conserver :

- la version papier originale du formulaire FDIO-21 tel qu'il a été remis et la signature originale autorisée du professionnel de la santé réglementé qui a dispensé le traitement;
- une copie électronique véritable du formulaire FDIO-21 tel qu'il a été remis, à condition que la copie soit en format PDF et contienne la signature originale autorisée au nom du professionnel de la santé réglementé;

et doit être préparée de manière qu'elle soit à la disposition de l'assureur qui pourra l'examiner et faire une copie du formulaire FDI-21, conformément à l'article 46.2 de l'AIAL, et ce, lorsque l'assureur le demande.

Renseignements supplémentaires requis sur un formulaire FDIO-21 soumis au BCT

- a) S'il est allégué que l'assureur est tenu de payer les frais de biens et services, conformément au paragraphe 38 (11) de l'AIAL (à savoir, en raison de l'omission par l'assureur de répondre à un formulaire FDIO-18 dans les 10 jours ouvrables de sa réception), il faut que cela soit clairement identifié dans la section « Autres renseignements » du formulaire FDIO-21.
- b) Le « numéro du régime » figurant sur le formulaire FDIO-18 ou le formulaire FDIO-23, auquel le formulaire FDIO-21 fait référence, doit être inscrit à l'endroit prévu à cette fin à la Partie 3 du formulaire FDIO-21. Le « numéro du régime » est le numéro de document unique produit par le BCT lorsque le formulaire FDIO-18 ou FDIO-23, auquel fait référence le formulaire FDIO-21, a été remis. Toutefois, s'il n'y a pas de numéro de régime pour une raison permise par l'AIAL ou cette ligne directrice, par exemple si l'assureur a renoncé à exiger un formulaire FDIO-18 ou FDIO-23 en vertu des articles 39 ou 41 de l'AIAL, selon le cas, le mot « exemption » doit être inséré dans le champ du numéro du régime et une explication détaillée doit être fournie à la section « Autres renseignements » du formulaire FDIO-21.
- c) Si un formulaire FDIO-21 à l'égard de biens et services qui sont présumés ne pas exiger de formulaire FDIO-18 en vertu des paragraphes 38 (2) ou 38 (4) de l'AIAL, le mot « exemption » doit être inséré dans le champ du numéro du régime à la Partie 3 du formulaire FDIO-21 et une explication détaillée de la raison pour laquelle le formulaire FDIO-18 n'est pas requis doit être fournie à la section « Autres renseignements » du formulaire FDIO-21.
- d) Des renseignements complets et précis concernant les autres assurances disponibles et la couverture des soins de santé doivent être précisés fournis dans la section « Autres assurances » du formulaire FDIO-21.

Production des documents

Un document auquel la présente ligne directrice s'applique 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 à la présente ligne directrice.

L'information fournie dans un champ doit être conforme aux règles de validation énoncées à l'annexe 3 de la présente ligne directrice.

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

Toutes les pièces jointes doivent être lisibles.

Pièces jointes aux documents assujettis à la présente ligne directrice

Aux fins de la présente ligne directrice, 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 la présente ligne directrice.

Si un établissement 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. L'expéditeur doit préciser, dans le champ prévu à cette fin dans le document, que des pièces jointes sont envoyées et préciser dans le champ de commentaires additionnels le nombre de pièces jointes remises.
2. Le document lui-même (à l'exclusion des pièces jointes) doit être remis au BCT (sous forme électronique) tel que décrit précédemment.
3. Les pièces jointes ne doivent pas être remises au 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 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 auquel s'applique la présente ligne directrice 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, **le numéro de document du DRSSAA**, la date de l'accident, ainsi que le type de document (à savoir, FDIO-18, FDIO-21, FDIO-23 ou Formulaire 1) auquel elle se rapporte, afin de permettre à l'assureur d'identifier le document auquel elle appartient.

RÈGLES RÉGISSANT LA REMISE ET LA DATE DE RÉCEPTION DES DOCUMENTS APPLICABLES

Remise des documents

Le paragraphe 64 (7) de l'AIAL établit qu'un document auquel s'applique la présente ligne directrice est réputé ne pas avoir été remis à l'assureur, à moins qu'il soit remis au BCT comme le prévoit la présente ligne directrice.

Veuillez noter qu'un document dont la présentation directe au BCT n'est pas exigée par la présente ligne directrice doit être remis directement à l'assureur d'une manière précisée au paragraphe 64 (2) de l'AIAL.

Date de réception

L'article 64 de l'AIAL énonce les règles qui déterminent quand un document remis au BCT, conformément à la présente ligne directrice, 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 la présente ligne directrice, 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 la présente ligne directrice, 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.

Les soumissions de formulaire FDIO-21 d'un fournisseur de services non titulaire d'un permis sont réputées ne pas avoir été reçues conformément au paragraphe 64 (8) ou (9) de l'AIAL, jusqu'à ce que l'assureur reçoive une copie papier du demandeur, comme l'exige l'article 49.1.

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

L'AIAL énonce également (paragraphe 64 (10)) que le BCT sera réputé avoir établi, le jour où un document lui a été remis d'une manière précisée dans la présente ligne directrice, 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 la présente ligne directrice, 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 d'une manière précisée au paragraphe 64 (2) de l'AIAL.

Tel que mentionné précédemment, l'AIAL précise également (paragraphe 64 (7)) qu'un document visé par la présente ligne directrice est réputé avoir été reçu par un assureur uniquement s'il est remis d'une manière précisée dans celle-ci. Un document remis au BCT par un établissement de soins de santé non inscrit n'est pas remis d'une manière précisée dans la présente ligne directrice et, par conséquent, est réputé ne pas avoir été remis à un assureur. Tout formulaire FDIO-21 remis au BCT par un fournisseur de services non titulaire d'un permis n'est pas réputé avoir été remis comme l'exige la présente ligne directrice, à moins qu'une copie du formulaire FDIO-21 soit remise au demandeur et qu'elle soit remise à l'assureur.

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 de la Ligne directrice sur les blessures légères, la liste des codes de remboursement des blessures légères est disponible 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 <http://hcaiinfo.ca/Health-Care-Facility/Resources/index.asp>.

EXIGENCES S'APPLIQUANT AUX ASSUREURS

À compter du 1^{er} décembre 2014, les assureurs ne rembourseront directement aux fournisseurs de service que les frais facturés sur le formulaire FDIO-21.

Avant de verser le remboursement, les assureurs doivent vérifier si l'établissement participant est exploité à titre de fournisseur de services inscrit sur le registre public de la CSFO et si l'établissement participant était titulaire d'un permis aux dates applicables.

Lorsque l'AIAL exige qu'un assureur participant fournisse des renseignements au BCT, ceux-ci doivent être remis au BCT 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 la présente ligne directrice et 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 mentionnées 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 au Système DRSSAA** » ci-après) 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 établissement participant.

INSCRIPTION AU SYSTÈME DRSSAA

Avant de remettre des renseignements au BCT ou d'obtenir des renseignements du BCT, un fournisseur de services, un établissement de soins de santé ou un assureur qui est un établissement participant ou un assureur participant doit s'inscrire auprès de celui-ci et accepter les conditions qu'il impose aux utilisateurs. 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.

Tous les établissements participants doivent :

- maintenir des communications régulières avec les professionnels de la santé actifs et inscrits sur la liste des professionnels de la santé (même s'ils ne sont pas des employés réguliers et à temps plein);
- s'assurer que ces personnes savent qu'elles sont associées à l'établissement participant et qu'elles y consentent;
- retirer, au besoin, des professionnels de la santé inscrits sur la liste des professionnels de la santé de l'établissement participant;
- conserver une copie signée du *Formulaire de fournisseur dépendant (Dependent Provider Form)* ou du *Formulaire de fournisseur affilié (Affiliated Provider Form)* pour chaque professionnel de la santé inscrit sur la liste des professionnels de la santé de l'établissement participant;

- retirer, dans les 10 jours qui suivent le départ d'un professionnel de la santé d'un établissement participant, ou à la réception d'une demande de retrait, le professionnel de la santé inscrit au DRSSAA de la liste des professionnels de la santé de l'établissement participant, en mettre à jour cette liste en indiquant une date de cessation dans le dossier.

SUSPENSIONS TEMPORAIRES DE LA PRÉSENTE LIGNE DIRECTRICE

Advenant que le BCT soit incapable (p. ex. à cause de problèmes techniques temporaires) de s'acquitter adéquatement de ses obligations à l'égard des établissements participants ou des assureurs participants, le surintendant des services financiers pourrait suspendre temporairement l'application de la présente ligne directrice.

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

Pendant une période de suspension, les exigences de la Ligne directrice 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.

REMISE DES DOCUMENTS AU BUREAU CENTRAL DE TRAITEMENT

Les formulaires FDIO-18, FDI-21 et FDIO-23 ainsi que le Formulaire 1 dont la présentation au BCT est exigée par la présente ligne directrice doivent être remis à celui-ci par voie électronique, comme l'exige la présente ligne directrice.

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

Tel que mentionné dans la section ci-dessus intitulée « **Règles régissant la remise et la date de réception des documents applicables** », 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.

Annexe 1

Registre de l'établissement et règles concernant la délivrance de permis aux fournisseurs de services

Numéro	Champ	Description	Numéro de validation
Registre de l'établissement			
	Registre de l'établissement	Les établissements qui facturent aux assureurs automobiles doivent être inscrits au Système DRSSAA par l'intermédiaire de l'auto-inscription en ligne. Les établissements inscrivent les fournisseurs de soins de santé individuels.	BR-DS-A01
	Registre de l'établissement	Les établissements doivent être activés par le BCT pour figurer dans le Système DRSSAA aux fins du traitement des formulaires. Le BCT active l'établissement à la réception du formulaire de participation dûment signé.	BR-DS-A02
	Numéro d'inscription du fournisseur	Les fournisseurs de soins de santé réglementés doivent fournir leur numéro de participation à l'Ordre.	BR-DS-A03
	Registre de l'établissement	Jusqu'à ce que le BCT 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
	Gestion des utilisateurs	Jusqu'à ce que le BCT 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-A05
	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
	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
	Intégration PMS	Si Intégration PMS est sélectionné, le nom du fournisseur PMS est nécessaire.	BR-DS-A08
	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
	Fournisseur	Une fois inscrits, le nom et les professions du fournisseur de soins de santé ne peuvent pas être modifiés.	BR-DS-A10
	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
Délivrance de permis aux fournisseurs de services			
		Seuls les établissements de soins de santé qui sont inscrits dans le Système DRSSAA peuvent faire une demande de permis auprès de la CSFO.	BR-FR-F01

Numéro	Champ	Description	Numéro de validation
		Les propriétaires de plusieurs établissements qui ont une facturation centralisée devront inscrire chaque emplacement qui procure des services aux demandeurs dans le Système	BR-FR-F09
		Les propriétaires de plusieurs établissements peuvent être titulaires de plus d'un permis pour tous les emplacements qui sont utilisés pour fournir des services aux demandeurs.	BR-FR-F10
		La suspension d'un emplacement (succursale) entraînera la suspension de tous les autres emplacements (succursales) qui appartiennent au même propriétaire et qui sont exploités selon le même permis.	BR-FR-F11
		Les établissements multiples exploités par le même propriétaire titulaire d'un permis peuvent avoir de dates de service différentes.	BR-FR-F12
		Un seul permis s'applique à la fois à tout établissement donné.	BR-FR-F13
		La remise, la suspension ou la révocation d'un permis ne constitue pas une violation des modalités et conditions du Système DRSSAA et ce dernier ne considérera pas un événement de ce type comme un motif à l'expulsion de l'établissement du Système DRSSAA.	BR-FR-F14

Annexe 2

Factures pour les biens et services assujettis à la présente ligne directrice – AIAL, art. 49

AIAL Partie	Type de services ou de biens	Précisés aux fins de l'article 49	Non précisés aux fins de l'article 49
Indemnités 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	✓	
Indemnités 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		✓

AIAL Partie	Type de services 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		✓
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 (Formulaire 1)	✓	
44	Examen exigé par l'assureur	✓	

Annexe 3

Règles de validation

Numéro	Champ	Description	Numéro 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 de 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 l'ICIS. <i>Remarque</i> : Cette règle ne s'applique pas au Formulaire 1.	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 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"> • soit égal ou supérieur à 0; • soit égal à la somme de tous les postes. 	PM-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"> • soit égale ou antérieure à la date du jour; • soit égale ou postérieure à la date de l'accident. 	PM-CSR31
	Formulaires	La version du document soumise au Système DRSSAA doit correspondre à la version actuelle publiée par la CSFO.	PM-CSR_R32
11		Les établissements de soins de santé peuvent soumettre des documents avec ou sans permis valide de la CSFO.	PM-CSR_R33

Numéro	Champ	Description	Numéro de validation
Validation de l'unité de mesure pour les produits et services rendus			
12	Quantité	Si la mesure est GD, PR, PG ou SN, la quantité doit être un nombre entier et supérieure à zéro.	BR-GPI_R12
13	Mesure	Pour les codes de biens et services débutant par la lettre « S », l'unité de mesure doit être « SN » (séance) ou « HR » (heure).	BR-GPI_R05
14	Mesure	Pour les codes de biens et services débutant par la lettre « G », l'unité de mesure doit toujours être « GD » (biens). • Si le code ne débute pas par la lettre « G », l'unité de mesure ne doit pas être « GD ».	BR-GPI_R06
15	Mesure	Pour les codes de biens et services se terminant par « TT » (temps de déplacement), l'unité de mesure doit être « HR » (heures).	BR-GPI_R07
16	Mesure	Pour les codes de biens et services se terminant par « KM » (temps de déplacement), l'unité de mesure doit être « KM » (heures).	BR-GPI_R08
17	Mesure	Si la mesure est KM (kilomètre) ou HR (heure), les décimales sont autorisées dans la quantité.	BR-GPI_R13
18	Mesure	Pour tous les codes CCI, l'unité de mesure doit être HR (heure) ou PR (processus). Une exception sera faite pour les codes débutant par « 7 » et se terminant par « 30 ». Dans un tel cas, l'unité de mesure « PG » (page) est également permise. • Par exemple : Les codes CCI qui sont 7.SJ.30 et 7.SJ.30.LB peuvent porter l'unité de mesure « PG ».	BR-GPI_R04
Facture commune (FDIO 21) Règles de présentation			
19	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
20	Nom du bénéficiaire (chèque libellé à l'ordre de)	Si l'établissement de soins de santé choisit l'option « non » pour le « champ modifiable du bénéficiaire » sur les factures, au moment de s'inscrire au Système DRSSAA, le champ « chèque libellé à l'ordre de » sur toutes les factures doit être laissé vide par le soumissionnaire et être rempli par le Système DRSSAA au nom du bénéficiaire désigné par l'établissement de soins de santé dans leur configuration. Si l'établissement de soins de santé a indiqué qu'il ne s'agit pas du bénéficiaire ou qu'il n'est pas titulaire d'un permis, la facture est payable seulement au demandeur.	IMBR-CS6
21	Date de service	La date de prestation d'un bien ou service doit être : • égale ou postérieure à la date de l'accident; • antérieure ou égale à la date de la présentation.	IMBR-CS7
22	Quantité	La quantité de biens ou de services offerts doit être supérieure à zéro.	IMBR-CS9
23	Nom du fournisseur	Chaque bien ou service peut être offert par plus d'un fournisseur de soins de santé. Toutefois, 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
24	Total de l'assureur	Le montant total de l'assureur automobile sur la facture doit être 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	Numéro de validation
25	Intérêts	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 l'ICIS ou le Système DRSSAA, respectivement.	IMBR-CS16
27		Le champ du numéro du régime ne peut pas être vide.	IMBR-CS46
28		Les seules valeurs acceptables qui peuvent être entrées dans le champ du numéro du régime sont les suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Un numéro de document DRSSAA valide; OU • Le mot « exemption » (voir la Note) Remarque : Dans le cas d'un scénario d'affaires valide où il n'y a pas de numéro de plan, l'établissement doit entrer le mot « exemption » dans le champ du numéro du régime. Le champ ne doit pas rester vide.	IMBR-CS47
29			[Désapprouvée]
30		Dans le cas où un numéro de plan est entré, il doit s'appliquer à l'assureur (ou au groupe d'assureurs) à qui le plan a été soumis.	IMBR-CS49
31		Le formulaire FDIO-21 peut être soumis pour un plan d'un autre établissement.	IMBR-CS50
32		Dans le cas où un numéro de plan est entré dans un formulaire FDIO-21 et que la portion FDIO-21B du formulaire est remplie, le numéro de plan peut se rapporter uniquement à un formulaire FDIO-18 et non pas à un formulaire FDIO-23.	IMBR-CS51
33		Dans le cas où un numéro de plan est entré dans un formulaire FDIO-21 et que la portion FDIO-21C du formulaire est remplie, le numéro de plan peut se rapporter uniquement à un formulaire FDIO-23 et non pas à un formulaire FDIO-18.	IMBR-CS52
34		À la section « Frais remboursables selon la directive relative aux blessures mineures », la première date du 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. <i>Remarque :</i> Dans le cas des frais applicables à un bloc de services, il s'agit de la date à laquelle le bloc de traitement a commencé.	IMBR-CS53
35		Si la section « Frais remboursables selon la directive relative aux blessures mineures » du formulaire FDIO-21C contient au moins une rubrique, au moins une référence du fournisseur doit être indiquée à chaque ligne.	IMBR-CS54
36		Seuls les codes de la LDBL sont autorisés à la section « Frais remboursables selon la directive relative aux blessures mineures » du formulaire FDIO-21C.	IMBR-CS55
37		Aucun code de la LDBL n'est autorisé dans le formulaire FDIO-21B.	IMBR-CS56

Numéro	Champ	Description	Numéro de validation
38		Les établissements de soins de santé ne peuvent déclarer être le bénéficiaire que s'ils soumettent des factures dont les dates de services : <ul style="list-style-type: none"> • sont antérieures à la date d'entrée en vigueur du permis; OU • s'inscrivent dans l'une des dates autorisées (le cas échéant) communiquées par la CSFO au Système DRSSAA 	IMBR-CS57
39		Tous les autres montants d'assurance crédités ou débités doivent être égaux ou supérieurs à zéro.	IMBR-CS58
FDIO-18 Règles de présentation			
40	Profession	La profession du praticien de la santé doit être une des professions de la santé énumérées dans l'Annexe sur les indemnités d'accident légales (AIAL).	PM-18R9
41	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
42	Profession	La profession du praticien de la santé réglementé doit être une des professions de la santé réglementées énumérées dans le Règlement.	PM-18R10
43	Date de signature	La date de la signature du professionnel 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-18R6
44	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 l'ICIS ou le Système DRSSAA, respectivement.	PM-18R5
45	Quantité	La quantité estimative de biens ou de services d'une rubrique doit être supérieure à zéro.	PM-18R2
46	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 0; • égal au coût estimatif par jour multiplié par la quantité projetée. 	PM-18R1
47	Durée du traitement	La durée estimative du plan de traitement (en semaines) doit être supérieure à zéro.	PM-18R3
48	Nombre de visites de traitement	Le nombre de visites de traitement antérieurement indiqué doit être vide ou supérieur ou égal à zéro.	PM-18R4
49	Total de l'assureur automobile	Le montant total de l'assureur automobile sur les plans de traitement doit être égal à la somme du total partiel, de la taxe, du montant du MSSLD et des autres assureurs 1 et 2.	PM-18R11
50	Quantité totale	La quantité totale de tous les biens et services doit correspondre à la somme des quantités totales de chaque élément.	PM-CSR26
51		Aucun code de la LDL n'est autorisé dans le formulaire FDIO 18.	PM-18R12

Numéro	Champ	Description	Numéro de validation
52		Le numéro d'inscription de l'établissement au Système DRSSAA fourni à la Partie 4 doit être : <ul style="list-style-type: none"> un numéro valide d'inscription de l'établissement au Système DRSSAA (de l'établissement de soins de santé ou de l'établissement du praticien de la santé qui fait la présentation, s'il est différent de l'établissement qui fait la présentation), OU peut être laissé vide si le praticien de la santé n'est pas inscrit auprès d'un établissement inscrit au Système DRSSAA. 	PM-18R13
FDIO-23 Règles de présentation			
53	Profession	La profession du praticien de la santé à la Partie 4 du formulaire FDIO-23 réservée à la signature du professionnel de la santé responsable du dossier doit être une des professions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> chiropraticien dentiste infirmière praticienne ergothérapeute médecin physiothérapeute 	PM-23R18
54	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
55	Ligne directrice		[Désapprouvée]
56			[Désapprouvée]
57			[Désapprouvée]
58	Ligne directrice – Frais estimatifs	Les frais estimatifs dans la ligne directrice doivent être supérieurs ou égaux à zéro.	PM-23R27
59	Frais estimatifs pour biens et services supplémentaires	Les frais estimatifs pour biens et services supplémentaires doivent être supérieurs ou égaux à zéro.	PM-23R28
FDIO-21B Règles de présentation			
		Voir les règles de présentation pour les factures communes.	
61	Champs obligatoires pour les biens et services rendus	Il faut obligatoirement remplir les champs ci-dessous à l'égard des biens et services rendus : <ul style="list-style-type: none"> Date du service Code de biens et services Nom du fournisseur Quantité Mesure Impôt, c'est-à-dire « Oui » (vérifié) ou « Non » (non vérifié) Coût 	IMBR-CS10

Numéro	Champ	Description	Numéro de validation
FDIO-21C Règles de présentation			
62	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 services financiers.	IMBR-CS1
63			IMBR-CS28 [Désapprouvée]
64	Frais	La section des frais remboursables dans les limites de la Ligne directrice sur les blessures légères 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
65	Frais	Les totaux de la Ligne directrice doivent être égaux à la somme de tous les frais remboursables.	IMBR-CS30
66			[Désapprouvée]
Formulaire 1 Règles de présentation			
67	Profession	Les évaluateurs autorisés à signer le Formulaire 1 doivent exercer activement la profession d'ergothérapeute, d'infirmier autorisé ou d'infirmier praticien spécialisé au sein de l'établissement présentant le formulaire et inscrit dans le Système DRSSAA.	BR-F1-D01
68	Signature de l'évaluateur	Un Formulaire 1 ne peut être présenté si la réponse à l'invite « Le document est-il signé? » de la section Signature du ou des évaluateurs n'est pas « Oui ». <i>Remarque</i> : La signature de l'évaluateur doit être inscrite sur une version papier du formulaire et conservée au dossier, à l'établissement.	BR-F1-D06
69	Date de la signature	La date de la signature de l'évaluateur doit être égale ou postérieure à la date de l'accident et antérieure ou égale à la date de la présentation.	BR-F1-D07
70	Date de l'évaluation	Toutes les dates d'évaluation doivent être : <ul style="list-style-type: none"> égales ou postérieures à la date de l'accident; égales ou antérieures à la date de la présentation; égales ou antérieures à la date de la signature; égales ou postérieures à la date de naissance du demandeur. 	BR-F1-E01
71	Date de la dernière évaluation	<ul style="list-style-type: none"> Si la date de la dernière évaluation est fournie, il doit s'agir d'une date valide, égale ou antérieure à la date indiquée dans le champ « Date de l'évaluation ». 	BR-F1-E04
72	Indemnités mensuelles actuelles	La valeur des indemnités mensuelles actuelles, le cas échéant, ne peut pas être négative.	BR-F1-E07

73	Nombre de minutes et nombre de fois par semaine	Si le champ « Nombre de minutes » est rempli, le champ « Nombre de fois par semaine » doit également être rempli, et vice versa.	BR-F1-G02
74	Nombre de minutes et nombre de fois par semaine	La valeur saisie dans les champs « Nombre de minutes » et « Nombre de fois par semaine », le cas échéant, doit être supérieure ou égale à 0.	BR-F1-G03
75	Nombre de minutes	La valeur saisie dans le champ « Nombre de minutes » doit être limitée de façon à ce que la valeur totale de minutes pour chaque élément soit inférieure ou égale à 10 080 minutes.	BR-F1-G04
76	Total partiel	Le total partiel de chaque section se calcule en additionnant la somme du champ « Total minutes sem. » de toutes les lignes de la section.	BR-F1-G05
77	Total	Le total de chaque niveau de soins se calcule en additionnant les totaux partiels de toutes les sections de ce niveau.	BR-F1-G06
78	Taux horaires évalués	Les taux horaires évalués doivent être fournis et doivent être supérieurs ou égaux à zéro pour chaque partie dont le total partiel évalué est supérieur à zéro.	BR-F1-G07