T									
								standa	-automobile rd (FDIO-21) partir du 1 ^{er} novembre 1996.
						**Nº de la dema	ande :		
						**Nº de la po			
,						Date de l'acci	dent:		
automobile. Vous trou remplir le formulaire e Confidentialité : La co	iduits et services médicaux et iverez sur le site <u>www.hcaiinfo</u> et ses différentes versions. Illecte, l'utilisation et la divulga latives à la protection de la vie	o.ca un guid	e de l'usager qui vo	us aidera à	blessures Veuillez jo	mineures à l'occasion d'a	ccidents	 8) pour des traitements vi survenus à partir du 1^{er} se e cas d'un programme de t 	•
•	formulaire, toutes les pièce	•	ont à envoyer dire	ctement à	être utilisé				duits et services. Elle peut aussi de traitement et de plans
*exigé si l'information	nt à remplir, sous réserve d en est connue en champ dans cette section	•	ons suivantes :						
Partie 1	Date de naissance (AAAAM	MJJ)	Se	xe	Homme		*Télé	éphone	Poste
Renseigne- ments sur	Nom				nomme	Femme		<u></u>	
le demandeur	Prénom			*	** Second p	orénom			
demandeur	Adresse								
	Ville		Dec	ovince			Code	e postal	
	Ville		FIG	DVIIICE			Code	e postai	
	Nam de Persunaum				Last	olité de la guerranda (e'il v	u a liau\		
Partie 2 Renseigne-	Nom de l'assureur					alité de la succursale (s'il	y a lieu)		
ments sur	*Nom de l'expert				Pre	énom de l'expert			
l'assureur	* Téléphone de l'expert 			Poste	*Tél	lécopieur de l'expert			
	** Nom du titulaire de la pol		**Nom du titulai	re de la police		*Prénom du titulaire	de la pol	lice	
Partie 3	N° de facture			1 ^{re} fa	ıcture	Oui Non	7	Dernière	e facture Oui Non
Renseigne-	Dans le cas de prod	duits et s	ervices déjà a	approuvés	, complé	étez le tableau sui	vant :		<u> </u>
ments sur la facture	*Type de plan ou de traite aux blessures mineures	ements selo	n la directive relat	ive *Date (AAA	du plan AMMJJ)	Nº de régime		*Montant approuvé	*Montant précédent
	Plan de traitement et	d'évaluatior	n (FDIO-18) ◆						
	Directive relat. aux blessures mineures	Type :	*						
	 Joindre la version A ou Joindre la version C 	ı B		Joind	lre la versio	n B à toutes les autres fac	ctures		

Nom de l'établissement (s'il v a lieu) Nº d'inscription de l'emplacement Nº de permis de la CSFO (s'il v a lieu) Partie 4 dans le système DRSSAA Renseigne-Nom du bénéficiaire Nº du bénéficiaire (s'il v a lieu) ments sur Adresse de facturation Adresse de prestation des services (lieu où les services sont rendus, et non l'adresse du le bénéficiaire Ville Province Code postal Ville Province Si l'adresse de prestation de service est la même que Téléphone Poste *Télécopieur l'adresse de facturation, cochez la case suivante *Courriel et NE

À L'ASSUREUR AUPRÈS DE QUI CETTE DEMANDE EST SOUMISE :

REMPLISSEZ PAS

l'adresse de prestation de

services

JE COMPRENDS que vous-même et des personnes agissant en votre nom pourrez procéder à la collecte de différents renseignements commerciaux, personnels et ceux liés à la santé - qui se rapportent aux demandes d'indemnité du demandeur concernant l'accident mentionné dans cette facture et que tous ces renseignements vous seront fournis directement par moi-même ou toute autre personne à qui i'ai donné mon consentement.

JE COMPRENDS ÉGALEMENT que vous-même et les personnes agissant en votre nom collecterez des renseignements portant sur cette facture que j'ai préparée.

JE COMPRENDS ÉGALEMENT que, si je suis le fournisseur de services de santé du demandeur, vous-même et des personnes agissant en votre nom pourrez collecter les renseignements que j'ai fournis au sujet de cette demande d'indemnité dans cette facture ou dans tout autre formulaire de réclamation d'assurance-automobile.

JE COMPRENDS ÉGALEMENT que les renseignements de ce formulaire seront collectés et utilisés uniquement comme il sera raisonnablement nécessaire de le faire, et avec le consentement du demandeur, aux fins suivantes :

- enquêter sur les demandes d'indemnité du demandeur et les traiter conformément à la loi, y compris la Police d'assurance-automobile de l'Ontario:
- obtenir ou vérifier les renseignements relatifs aux demandes d'indemnité du demandeur afin d'établir son admissibilité et le montant exact du paiement;
- recouvrer auprès des assureurs et des autres parties responsables conformément au droit les sommes correspondant aux dépenses que vous effectuez relativement aux demandes d'indemnité du demandeur;
- déterminer et analyser la nature et les coûts des biens et services fournis aux demandeurs d'indemnité d'accident d'automobile par les fournisseurs de soins de santé;
- prévenir, détecter et éliminer la fraude;
- compiler des statistiques anonymes destinées aux organismes gouvernementaux;
- évaluer les risques liés à la souscription et les données relatives aux demandes de règlement.

JE COMPRENDS ÉGALEMENT que vous-même et les personnes agissant en votre nom pouvez divulguer ces renseignements aux personnes et organismes suivants qui pourraient les collecter et les utiliser uniquement comme il sera raisonnablement nécessaire de le faire aux fins décrites précédemment :

assureurs, experts d'assurance, agents et courtiers; employeurs; professionnels de la santé; hôpitaux; comptables; conseillers financiers; avocats; organisations qui compilent l'information concernant les demandes de règlement et la souscription pour l'industrie des assurances; organismes de prévention des fraudes, autres compagnies d'assurance; autorités policières; bases de données ou registres utilisés par l'industrie des assurances pour analyser et vérifier l'information fournie par rapport à l'information existante; mandataires ou représentants que je désignerai occasionnellement.

JE COMPRENDS ÉGALEMENT que vous-même et les personnes agissant en votre nom pouvez mettre en commun ces renseignements avec des renseignements provenant d'autres sources et les analyser à la seule fin de prévenir, de détecter ou d'éliminer la fraude.

JE CONSENS à ce que vous puissiez collecter, utiliser et divulguer les renseignements liés à cette demande d'indemnité de la manière indiquée précédemment, dans la mesure où il ne s'agit que des renseignements raisonnablement nécessaires pour atteindre le but légitime de cette collecte, utilisation ou divulgation.

JE COMPRENDS que, si j'ai des questions concernant ce consentement, je peux en toute liberté consulter le représentant de la compagnie d'assurance ou un conseiller juridique avant de signer le présent document.

JE SUIS AUSSI CONSCIENT(E) que vous-même et les personnes agissant en votre nom pourriez être dans l'obligation de divulguer ces renseignements à d'autres parties à mon insu ou sans mon consentement, ou être autorisés par la loi à le faire.

JE CONFIRME QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SONT VÉRIDIQUES ET EXACTS.

JE COMPRENDS QUE LA LOI SUR LES ASSURANCES CONSIDÈRE COMME UNE INFRACTION LE FAIT DE faire sciemment une déclaration ou une affirmation fausse ou trompeuse à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance. Les secteurs réglementés peuvent faire l'objet d'un examen ou d'une enquête sur des questions relatives à un permis ou à toute pratique ou tout acte malhonnête ou mensonger. Le défaut de ne pas se conformer aux réglementations applicables peut entraîner des mesures d'application de la loi pouvant aller de sanctions administratives pécuniaires à des poursuites en vertu de la Loi sur les infractions provinciales.

JE COMPRENDS QUE LE CODE CRIMINEL (CANADA) CONSIDÈRE COMME UNE INFRACTION LE FAIT DE frauder ou tenter de frauder un assureur par supercherie, mensonge ou tout autre acte malhonnête. Les renseignements serviront à traiter les paiements des indemnités réclamées, à déterminer et à analyser la nature, les effets et les coûts des produits et services fournis aux victimes d'accidents d'automobile par les fournisseurs de soins de santé, ainsi qu'à PRÉVENIR, À DÉTECTER ET À SUPPRIMER LES FRAUDES.

Pour obtenir des informations supplémentaires concernant les questions liées au respect de la vie privée, veuillez communiquer avec l'agent de la protection de la vie privée de la compagnie d'assurance indiquée à la partie 2.

Pour en savoir davantage sur la façon dont votre consentement est lié à la mise en commun et à l'analyse des données pour prévenir et détecter la fraude, veuillez visiter le site http://www.ibc.ca/fr/on/confidentialité/terminologie-en-matière-de-protection-de-la-vie-privée.

Nom du fournisseur ou du signataire autorisé (en lettres moulées)	Signature du fournisseur ou du signataire autorisé	Date (AAAAMMJJ)

Code postal

FDIO-21 - Version A - page 2

classification.

†Consultez le guide de l'usager (www.hcaiinfo.ca) pour tout renseignement sur la

Le présent formulaire peut servir à facturer les produits et services qui ont été antérieurement approuvés par l'assureur au moyen d'un formulaire FDIO-18.

Le présent formulaire ne peut pas servir pour les frais visés par la directive relative aux blessures mineures (utilisez la version C - pages 2 et 3) ou pour des produits et services qui n'ont pas été antérieurement approuvés (utilisez la version B - pages 2 et 3).

		`	, , , , , ,	·	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •				
Blessures et séquelles			Fournisseurs						
Description †Code	Réf.	†Туре	Nom	Prénom	(N° d'inscription de l'Ordre)				
	Α								
	В								
	С								
	D								
	E								
	F								
Les détails sur les blessures ne sont pas nécessaires s'ils sont identiques à ceux	Los dót	aile eur loe fe	ournissours no sont nas nácessaires s'ils	cont identiques à ceux indiqués dans	s un programme approu				

Les détails sur les fournisseurs ne sont pas nécessaires s'ils sont identiques à ceux indiqués dans un programme approuvé. †Consultez le guide de l'usager (www.hcaiinfo.ca) pour tout renseignement sur la classification.

⁺Réf.	Mois	s (aaaa	ı-mm)	:																												Tava	Coût/jour	Nombre	Coût total
P/S	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Taxe	Cout/jour	total	Cout total
•																																			
† Veuillez	consu	lter le r	rogran	nme ar	prouve	é pour	chaque	nº de	référer	nce des	nrodu	its et si	ervices	(réf P	/S)	l	l			l .				l	1	I.	l	I	I.	I.					

† Veuillez consulter le programme approuvé pour chaque n° de référence des produits et services (réf. P/S).
Indiquez la référence du fournisseur issue du programme approuvé auparavant ou du tableau des fournisseurs ci-dessus à l'intersection de la date de service et de la réf. P/S pour indiquer le fournisseur qui a rendu ou prescrit le produit ou service.

surance et services sur la facture)			ont été ou seront payés par ont déduits du total de cette	d'« autres » assureurs et qui facture.	Le montant Nota : Les assureurs automob	d'« autres » assureurs sur de n'ont pas été payés. sera additionné au total de ce ile peuvent demander une exp ntants ajoutés au total de la fa	tte facture. blication des indemnités pour
sel ctu		MSSLD	Assureur 1	Assureur 2	MSSLD	Assureur 1	Assureur 2
su et fa	Chiropratique :						
as nits	Physiothérapie :						
Vutre produ prése	Massothérapie :						
pro es	¹ Autre type de						
₹ o	services :						
<u>-</u>	Total :						
00	¹ Précisez l'autre						
ತಿ	type de services :						

A attribé du a amenta damenta la dameià na fe		Total partiel :	
Activité du compte depuis la dernière fa (si des intérêts sont imputés)	acture	Moins MSSLD :	
Solde antérieur :		Moins autres assureurs 1 + 2 :	
Paiement reçu de l'assureur automobile :		Taxe (s'il y a lieu) :	
² Montant en souffrance :		²Intérêts :	
² L'assureur paiera les intérêts sur les montants en conformément à l'Annexe sur les indemnités d'ac légales		Total de l'assureur automobile :	

Non réglementé

(S'il y a lieu, ou vide)

Tarif horaire

Réservé à

l'assureur

Chèque à l'ordre de :	
***Autres renseignements :	
—	ui ☐ Non Dans l'affirmative, combien? nt à envoyer directement à l'assureur

	Réservé à l'assureur								
Examiné par :									
Approuvé par :									
Nom du bénéficiaire :									
Montant payé :	Total:	Intérêts :	Total global :						

FDIO-21 - Version B - page 2

Les pages 2 et 3 de la version B sont utilisées ensemble pour facturer les produits et services qui n'ont pas été antérieurement approuvés par l'assureur au moyen d'un formulaire FDIO-18. Elles peuvent servir, à la discrétion du fournisseur, à facturer tout produit ou service à l'exception de ceux visés par la directive relative aux blessures mineures (utilisez la version C - pages 2 et 3).

Blessures et séquelles							
Description	⁺Code						

Les détails sur les blessures ne sont pas nécessaires s'ils sont identiques à ceux indiqués dans un programme approuvé.

[†] Consultez le guide de l'usager (<u>www.hcaiinfo.ca</u>) pour tout renseignement sur la classification.

		Fournisseurs		Réglementé (N° d'inscription de l'Ordre)	Non réglementé (S'il y a lieu ou vide)	Tarif horaire	Réservé à l'assureur
Réf.	†Туре	Nom	Prénom	l'Ordre)	(S'il y a lieu ou vide)		Reserve a l'assureur
Α							
В							
С							
D							
Е							
F							

Les détails sur les fournisseurs ne sont pas nécessaires s'ils sont identiques à ceux indiqués dans un programme approuvé antérieurement. †Consultez le guide de l'usager (www.hcaiinfo.ca) pour tout renseignement sur la classification.

Dat	te du serv	ice	Description	.Cada	. A 44 millo 4	Référence du	Quantité	†Mesure	Taxe	Coût
AAAA	MM	JJ	Description	⁺Code	⁺Attribut	fournisseur	Quantite	wesure	(✔)	Cour
					+					
					1					
			hcaiinfo.ca) pour tout renseignement sur la classification.				Total part			

Les pièces jointes, s'il y en a, sont à envoyer directement à l'assureur

FDIO-21 - Version B - page 3

Les pages 2 et 3 de la version B sont utilisées ensemble pour facturer les produits et services qui n'ont pas été antérieurement approuvés par l'assureur au moyen d'un formulaire FDIO-18. Elles peuvent servir, à la discrétion du fournisseur, à facturer tout produit ou service à l'exception de ceux visés par la directive relative aux blessures mineures (utilisez la version C - pages 2 et 3).

AUTRE AS	SSURANCE - J'ai effectué des vérifications raisonnables sur	r le demandeur et j'ai déterminé que :							
□ NON		tre assurance pourrait couvrir au moins une partie de ces is et services							
MSSLD	MSSLD Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) couvre-t-il un ou plusieurs des produits et services indiqués dans cette facture? Oui Non Sans objet								
Autre	*Nom de l'autre assureur	*Nº de police ou de régime de l'autre assureur							
assureur 1	*Nom du participant au régime	*Code d'identification de l'autre assureur							
Autre	*Nom de l'autre assureur	*Nº de police ou de régime de l'autre assureur							
assureur 2	*Nom du participant ou régime								
Les détails su	Les détails sur l'autre assureur ne sont pas requis s'ils sont identiques à ceux figurant dans un programme préautorisé.								

rance services sur la cture)			Entrez les montants qui ont été ou seront payés par d'« autres » assureurs et qui seront déduits du total de cette facture.			Entrez les montants cédés à d'« autres » assureurs sur des factures précédentes que n'ont pas été payés. Le montant sera additionné au total de cette facture. Nota : Les assureurs automobile peuvent demander une explication des indemnités p les montants ajoutés au total de la facture.		
rar ser		MSSLD	Assureur 1	Assureur 2	MSSLD	Assureur 1	Assureur 2	
su l et s	Chiropratique :							
as iits	Physiothérapie :							
∆utre prod∪ prése	Massothérapie :							
pro	¹ Autre type de							
A 38 9	services:							
r e	Total :							
no	¹ Précisez l'autre							
d)	type de services :							

A ativité du accourte descrip la describre facture	Total partiel :	
Activité du compte depuis la dernière facture (si des intérêts sont imputés)	Moins MSSLD :	
*Solde antérieur :	Moins autres assureurs 1 + 2 :	
*Paiement reçu de l'assureur automobile :	Taxe (s'il y a lieu) :	
² Montant en souffrance :	² Intérêts :	
² L'assureur paiera les intérêts sur les montants en souffrance conformément à l'Annexe sur les indemnités d'accident légales	Total de l'assureur automobile :	

Chèque à l'ordre de :	
***Autres renseignements :	
	□ Non □ Dans l'affirmative, combien?
Les pièces jointes, s'il y en a, sont à	envoyer directement a l'assureur

Réservé à l'assureur						
Examiné par :						
Approuvé par :						
Nom du bénéficiaire :						
Montant payé :	Total	Intérêts	Total global			

FDIO-21 - Version C - page 2

Les pages 2 et 3 de la version C sont jointes à la page 1 du FDIO-21 et servent à facturer les produits et services visés par la directive relative aux blessures mineures. Pour tous les autres produits et services, veuillez joindre la version A ou B.

Blessures et séquelles					
Description	†Code				

Les détails sur les blessures ne sont pas nécessaires s'ils sont identiques à ceux indiqués sur le FIDIO-23, Confirmation du traitement selon les Lignes directrices préautorisées.

[†] Consultez le guide de l'usager (<u>www.hcaiinfo.ca</u>) pour tout renseignement sur la classification.

		Fournisseurs		Réglementé (N° d'inscription de	Non réglementé	*Tarif horaire	Réservé à
Réf.	⁺Type	Nom	Prénom	l'Ordre)	Non réglementé (S'il y a lieu ou vide)		l'assureur
Α							
В							
С							
D							
Е							
F							

[†]Consultez le guide de l'usager (<u>www.hcaiinfo.ca</u>) pour tout renseignement sur la classification.

Produits et services fournis (En cas de traitement selon la directive relative aux blessures mineures, les fournisseurs sont tenus de déclarer l'information requise ci-dessous sur chaque traitement, service et produit fournis, faute de quoi le paiement peut être retardé.)

Date du service AAAA MM JJ		е	Description	n .Codo		Référence du fournisseur	Quantité	†Mesure
AAAA	MM	JJ		†Code	†Attribut	fournisseur	Quantite	iviesure
								<u>-</u>
				1				

[†]Consultez le guide de l'usager (<u>www.hcaiinfo.ca</u>) pour tout renseignement sur la classification.

FDIO-21 - Version C - page 3

Les pages 2 et 3 de la version C sont jointes à la page 1 du FDIO-21 et servent à facturer les produits et services visés par la directive relative aux blessures mineures.

Pour tous les autres produits et services, veuillez joindre la version A ou B.

ur tous les aut	res produits et	services, ve	uillez joindre la version A ou B.							
Frais rem	nboursable	s selon la	a directive relative aux blessures mi	neures :						
Première	date de se	rvice				[†] Attributs des fournisseurs			rs	
AAAA	ММ	IJ	Description	†Code		Fournisseur 1	Four	nisseur 2	Fournisseur 3	Coût
[†] Consultez le guide de l'usager (<u>www.hcaiinfo.ca</u>) pour tout renseignement sur la classification.			Total des frai	is rel	evant de la directive	e relativ	e aux bles	sures mineures :		
<u> </u>								Entrez le	es montants cédés	à d'« autres » assureurs sur des factures précédentes qui

ance services sur la ture)			ont été ou seront payés par ont déduits du total de cette	d'« autres » assureurs et qui facture.	Entrez les montants cédés à d'« autres » assureurs sur des factures précédentes qui n'ont pas été payés. Le montant sera additionné au total de cette facture. Nota : Les assureurs automobiles peuvent demander une explication des indemnités pour les montants ajoutés au total de la facture.		
- 0 0		MSSLD	Assureur 1	Assureur 2	MSSLD	Assureur 1	Assureur 2
su et fa	Chiropratique:						
as iits	Physiothérapie :						
e Se	Massothérapie :						
utr pro	¹ Autre type de						
A	services :						
<u> </u>	Total :						
0	¹ Précisez l'autre			·			
d)	type de services :						

A ativité du assente donnie la descière facture	Total partiel :	
Activité du compte depuis la dernière facture (si des intérêts sont imputés)	Moins MSSLD :	
Solde antérieur :	Moins autres assureurs 1 + 2 :	
Paiement reçu de l'assureur automobile :	Taxe (s'il y a lieu) :	
² Montant en souffrance :	² Intérêts :	
² L'assureur paiera les intérêts sur les montants en souffrance conformément à l'Annexe sur les indemnités d'accident légales	Total de l'assureur automobile :	

Chèque à l'ordre de :	
***Autres renseignements :	
G	
Y a-t-il des pièces jointes? ☐ Oui Les pièces jointes, s'il y en a, sont à e	☐ Non Dans l'affirmative, combien?
200 piocoo jonicoo, o ii y on a, cont a c	onvojor unocionicii u ruccurcur

Réservé à l'assureur								
Examiné par :								
Approuvé par :								
Nom du bénéficiaire :								
Montant payé :	Total	Intérêt	Total global					