

Item	Parameter	Minimum Testing and Recording Frequency	Maximum Alarm Standard	Minimum Alarm Standard
3.	Free chlorine residual in a distribution sample	1 hour	Not applicable	0.05 milligrams per litre
4.	Free chlorine residual and total chlorine residual measured for the purpose of determining combined chlorine residual in a distribution sample	1 hour	Not applicable	0.25 milligrams per litre
5.	Turbidity	15 minutes	1.0 Nephelometric Turbidity Units (NTU)	Not applicable

10. Subsection 9-6 (2) of Schedule 9 to the Regulation is revoked and the following substituted:

(2) Sections 9-2 to 9-4 do not apply to a non-municipal seasonal residential system during a period of 60 or more consecutive days when,

- (a) the system is not in operation; or
- (b) the system supplies water only to private residences that are occupied by the owner of the system, members of the family of the owner of the system, employees or agents of the owner of the system, or members of the families of employees or agents of the owner of the system.

11. Section 11-4 of Schedule 11 to the Regulation is revoked and the following substituted:

Seven-day shutdowns, etc.

11-4. (1) Sampling and testing is not required under sections 11-2 and 11-3 during a period of seven or more consecutive days when,

- (a) the drinking-water system is not in operation; or
- (b) the drinking-water system supplies water only to private residences that are occupied by the owner of the system, members of the family of the owner of the system, employees or agents of the owner of the system, or members of the families of employees or agents of the owner of the system.

(2) If, pursuant to subsection (1), sampling and testing is not required during a period of seven or more consecutive days, the owner of the system and the operating authority for the system shall ensure that no drinking water is supplied to a user of water after that period until samples have been taken and tested under sections 11-2 and 11-3 and the results of the tests have been received by the owner and the operating authority.

12. Section 12-4 of Schedule 12 to the Regulation is revoked and the following substituted:

Seven-day shutdowns, etc.

12-4. (1) Sampling and testing is not required under sections 12-2 and 12-3 during a period of seven or more consecutive days when,

- (a) the drinking-water system is not in operation; or
- (b) the drinking-water system supplies water only to private residences that are occupied by the owner of the system, members of the family of the owner of the system, employees or agents of the owner of the system, or members of the families of employees or agents of the owner of the system.

(2) If, pursuant to subsection (1), sampling and testing is not required during a period of seven or more consecutive days, the owner of the system and the operating authority for the system shall ensure that no drinking water is supplied to a user of water after that period until samples have been taken and tested under sections 12-2 and 12-3 and the results of the tests have been received by the owner and the operating authority.

13. Section 13-11 of Schedule 13 to the Regulation is revoked and the following substituted:

60-day shutdowns, etc.

13-11. Sampling and testing is not required under sections 13-5, 13-6 and 13-7 during a period of 60 or more consecutive days when,

- (a) the drinking-water system is not in operation; or
- (b) the drinking-water system supplies water only to private residences that are occupied by the owner of the system, members of the family of the owner of the system, employees or agents of the owner of the system, or members of the families of employees or agents of the owner of the system.

14. Section 14-9 of Schedule 14 to the Regulation is revoked and the following substituted:

60-day shutdowns, etc.

14-9. Sampling and testing is not required under sections 14-4 and 14-5 during a period of 60 or more consecutive days when,

- (a) the drinking-water system is not in operation; or
- (b) the drinking-water system supplies water only to private residences that are occupied by the owner of the system, members of the family of the owner of the system, employees or agents of the owner of the system, or members of the families of employees or agents of the owner of the system.

15. Subsection 15-4 (2) of Schedule 15 to the Regulation is revoked and the following substituted:

(2) Sampling and testing is not required under subsection (1) during a period of 60 or more consecutive days when,

- (a) the drinking-water system is not in operation; or
- (b) the drinking-water system supplies water only to private residences that are occupied by the owner of the system, members of the family of the owner of the system, employees or agents of the owner of the system, or members of the families of employees or agents of the owner of the system.

16. (1) Clause 16-2 (c) of Schedule 16 to the Regulation is amended by striking out “by or pursuant to” and substituting “pursuant to”.

(2) Clause 16-2 (d) of Schedule 16 to the Regulation is amended by striking out “by or pursuant to” and substituting “pursuant to”.

(3) Clause 16-2 (e) of Schedule 16 to the Regulation is amended by striking out “by or pursuant to” and substituting “pursuant to”.

29/03

ONTARIO REGULATION 270/03

made under the

SAFE DRINKING WATER ACT, 2002

Made: June 25, 2003

Filed: June 30, 2003

Amending O. Reg. 171/03

(Definitions of Words and Expressions Used in the Act)

Note: Ontario Regulation 171/03 has not previously been amended.

1. Section 3 of Ontario Regulation 171/03 is revoked and the following substituted:

Other definitions

3. In the Act,

“equipment installed in plumbing to treat water” does not include a plumbing appliance within the meaning of Ontario Regulation 403/97 (Building Code);

“treatment equipment installed in plumbing” does not include a plumbing appliance within the meaning of Ontario Regulation 403/97 (Building Code).

29/03

ONTARIO REGULATION 271/03

made under the

ONTARIO WATER RESOURCES ACT

Made: June 25, 2003

Filed: June 30, 2003

Amending O. Reg. 435/93
(Water Works and Sewage Works)

Note: Since the end of 2002, Ontario Regulation 435/93 has been amended by Ontario Regulation 177/03. Previous amendments are listed in the Table of Regulations published in *The Ontario Gazette* dated January 18, 2003.

1. Section 1 of Ontario Regulation 435/93 is amended by adding the following definitions:

“large municipal non-residential system” has the same meaning as in Ontario Regulation 170/03 (Drinking-Water Systems);

“large municipal residential system” has the same meaning as in Ontario Regulation 170/03;

“large non-municipal non-residential system” has the same meaning as in Ontario Regulation 170/03;

“non-municipal year-round residential system” has the same meaning as in Ontario Regulation 170/03;

“small municipal residential system” has the same meaning as in Ontario Regulation 170/03;

2. Clause 2 (1) (a.1) of the Regulation is amended by striking out the portion after subclause (v).**3. Section 4 of the Regulation is amended by adding the following subsection:**

(2.1) Despite paragraphs 1 and 2 of subsection (2), if the facility is a large municipal non-residential system, a non-municipal year-round residential system or a large non-municipal non-residential system and the owner of the facility is not required to comply with sections 2-2 to 2-6 of Schedule 2 to Ontario Regulation 170/03 (Drinking-Water Systems) until after June 1, 2003, the application under subsection (1) shall be filed at least 30 days before the equipment required to ensure compliance with that Schedule commences operation.

4. The Regulation is amended by adding the following section:

21. If a facility is a large municipal non-residential system, a non-municipal year-round residential system or a large non-municipal non-residential system and the owner of the facility is not required to comply with sections 2-2 to 2-6 of Schedule 2 to Ontario Regulation 170/03 (Drinking-Water Systems) until after June 1, 2003, sections 13 to 20 do not apply to the facility until the equipment required to ensure compliance with that Schedule commences operation.

29/03

ONTARIO REGULATION 272/03

made under the

ONTARIO WATER RESOURCES ACT

Made: June 25, 2003

Filed: June 30, 2003

Amending O. Reg. 525/98
(Approval Exemptions)

Note: Ontario Regulation 525/98 has previously been amended by Ontario Regulation 174/03.

1. Ontario Regulation 525/98 is amended by adding the following section:

3.1 Subsections 53 (1) and (3) of the Act do not apply to a sewage works that is part of a large municipal residential system or a small municipal residential system, as those systems are defined in Ontario Regulation 170/03 (Drinking-Water Systems) made under the *Safe Drinking Water Act, 2002*.

29/03

ONTARIO REGULATION 273/03

made under the

ENVIRONMENTAL PROTECTION ACT

Made: June 25, 2003

Filed: June 30, 2003

Amending O. Reg. 524/98

(Certificate of Approval Exemptions — Air)

Note: Ontario Regulation 524/98 has previously been amended. Those amendments are listed in the Table of Regulations published in *The Ontario Gazette* dated January 18, 2003.

1. Subsection 1 (1) of Ontario Regulation 524/98 is amended by adding the following paragraph:

21. Any equipment, apparatus, mechanism or thing that is part of a large municipal residential system or a small municipal residential system, as those systems are defined in Ontario Regulation 170/03 (Drinking-Water Systems) made under the *Safe Drinking Water Act, 2002*.

29/03

ONTARIO REGULATION 274/03

made under the

ENVIRONMENTAL PROTECTION ACT

Made: June 25, 2003

Filed: June 30, 2003

EXEMPTION — MOBILE ELECTRICITY GENERATORS**Exemption**

1. (1) The Act does not apply to the mobile electricity generators referred to in subsection (2) in respect of any requirement or prohibition that relates to the discharge of sound.

(2) Subsection (1) applies to mobile electricity generators arranged for by the Ontario Electricity Financial Corporation for the provision of up to 410 megawatts of short-term temporary electricity capacity to meet peak demand, as described in the order made under section 3.2 of the *Environmental Assessment Act* and approved by Order in Council 1267/2003.

Revocation

2. This Regulation is revoked on December 31, 2003.

29/03

ONTARIO REGULATION 275/03

made under the

INSURANCE ACT

Made: June 25, 2003

Filed: July 2, 2003

Amending Reg. 664 of R.R.O. 1990
(Automobile Insurance)

Note: Regulation 664 has previously been amended. Those amendments are listed in the Table of Regulations published in *The Ontario Gazette* dated January 18, 2003.

1. Section 1 of Regulation 664 of the Revised Regulations of Ontario, 1990 is amended by adding the following definition:

“fleet” means a group of not less than five automobiles,

- (a) that are under common ownership or management,
- (b) of which at least five are commercial vehicles, public vehicles or vehicles used for business purposes, and
- (c) of which any that are subject to a lease agreement for a period in excess of 30 days are leased to the same insured person;

2. Section 4 of the Regulation is revoked and the following substituted:

4. Insurers are exempt from the requirements of section 236 of the Act with respect to every contract of automobile insurance that insures a fleet.

3. (1) Clauses 9.1 (10) (a) and (b) of the Regulation are revoked and the following substituted:

- (a) the restriction is contained in a settlement;
- (b) the settlement is entered into on or after the first anniversary of the day of the accident that gave rise to the claim; and
- (c) the insurer complied with subsections (2) and (3).

(2) Section 9.1 of the Regulation is amended by adding the following subsections:

(11) Despite clause (10) (b), a restriction contained in a settlement entered into before the first anniversary of the day of the accident that gave rise to the claim is not void under subsection 279 (2) of the Act if, in respect of the claim,

- (a) the insured person brought a proceeding in a court of competent jurisdiction under clause 281 (1) (a) of the Act and examinations for discovery have commenced;
- (b) the insured person referred the issues in dispute to an arbitrator under clause 281 (1) (b) of the Act and a pre-hearing conference has been completed; or
- (c) the insurer and the insured agreed under clause 281 (1) (c) of the Act to submit the issues in dispute for arbitration in accordance with the *Arbitration Act, 1991* and an arbitration agreement under that Act has been entered into.

(12) Clause (10) (b) and subsection (11) apply to claims that have not settled before October 1, 2003, unless a disclosure notice under subsection (2) in respect of the settlement or purported settlement was given to the insured person before that date.

4. Subsection 12 (2) of the Regulation is revoked and the following substituted:

(2) An arbitrator shall, under subsection 282 (11) of the Act, consider only the following criteria for the purposes of awarding all or part of the expenses incurred in respect of an arbitration proceeding:

1. Each party's degree of success in the outcome of the proceeding.
2. Any written offers to settle made in accordance with subsection (3).
3. Whether novel issues are raised in the proceeding.
4. The conduct of a party or a party's representative that tended to prolong, obstruct or hinder the proceeding, including a failure to comply with undertakings and orders.
5. Whether any aspect of the proceeding was improper, vexatious or unnecessary.

(3) Upon the request of the insurer or the insured person, the arbitrator shall, for the purposes of awarding expenses, take into account all written offers to settle, if any,

- (a) that were made after the conclusion of mediation and before the conclusion of the arbitration; and
- (b) that were made in accordance with the rules of practice and procedure applicable to the proceeding.

(4) If the arbitrator is requested to take into account a written offer under subsection (3), the arbitrator shall have regard to the terms of the offer, the timing of the offer, the response to the offer and the result of the proceeding.

5. The Regulation is amended by adding the following section:

13. Despite section 9.1 of the *Statutory Powers Procedure Act*, an arbitrator or, in the case of appeals or applications for variation or revocation, the Director of Arbitrations does not require the consent of the parties,

- (a) to combine two or more proceedings or any part of them; or
- (b) to hear two or more proceedings at the same time.

6. Subsection 15 (3) of the Regulation is revoked and the following substituted:

(3) Despite subsections (1) and (2), sections 410 to 417 of the Act do not apply to any contract of automobile insurance that insures a fleet.

7. Subsections 16 (5), (6), (7), (8), (9) and (10) of the Regulation are revoked and the following substituted:

(5) Membership in an organized group shall not be used as an element of a risk classification system unless the group consists of no fewer than 100 members other than associate members of the group, a group marketing plan has been entered into that meets the requirements of section 17 and the group is,

- (a) a trade union, a professional or occupational association or an alumni association;
- (b) a non-profit entity that has been in existence for at least 24 months;
- (c) a group of employees of the same employer; or
- (d) a group of members of a credit union that satisfies the requirements of subsection (7).

(6) An organization formed primarily for the purpose of purchasing or providing goods or services does not constitute a non-profit entity for the purposes of clause (5) (b).

(7) A group of members of a credit union constitute an organized group for the purposes of clause (5) (d) if the following rules are satisfied:

1. The bond of association in respect of the credit union for the purposes of subsection 30 (1) of the *Credit Unions and Caisses Populaires Act, 1994* is a common bond of occupation or association referred to in clause 30 (2) (a) of that Act.
2. The members of the credit union who belong to the group are,
 - i. employees of the same employer,
 - ii. members of the same trade union, or
 - iii. members of the same professional or occupational association.
3. The group of members does not include any person admitted to the credit union who does not come within the common bond of association described in paragraph 1, unless the person is an associate member of the group under subsection (8), (9) or (10).

(8) Despite paragraph 2 of subsection (7), the following persons may be included in an organized group described in clause (5) (d) in respect of a particular credit union, but only as associate members of the group:

1. Employees of the credit union.
2. Retired employees of the credit union who receive or are entitled to receive retirement benefits from the credit union.

(9) Retired employees of the same employer who receive or are entitled to receive retirement benefits from the employer may be included in a group referred to in clause (5) (c) or subparagraph 2 i of subsection (7), but only as associate members of the group.

(10) Each of the following persons may be included in a group referred to in clause (5) (a), (b), (c) or (d), but only as an associate member of the group:

1. A person who is the spouse or same-sex partner of a member or associate member of the group.
2. A person under 25 years of age who is a child of a member or associate member of the group or of the spouse or same-sex partner of a member or associate member of the group and,

- i. resides in the same dwelling as the member or associate member, or the spouse or same-sex partner of the member or associate member, as the case may be, or
- ii. attends an educational institution on a full-time basis.

3. A person who is the spouse or same-sex partner of a child described in paragraph 2.

(11) A risk classification system shall not include an element that results in the exclusion of a member or associate member of an organized group referred to in subsection (5) for the purposes of risk classification if,

- (a) the insurance is sold under a group marketing plan within the meaning of section 17; and
- (b) coverage is for a private passenger vehicle within the meaning of the Plan of Operation established by the Facility Association under subsection 7 (3) of the *Compulsory Automobile Insurance Act*.

(12) No element of a risk classification system shall result in a change in the classification of an insured before the next renewal date of the insured's policy because,

- (a) a group marketing plan within the meaning of section 17 terminates; or
- (b) the insured ceases to be a member or associate member of an organized group referred to in subsection (5).

(13) Subject to subsection (12), no element of a risk classification system that uses membership in an organized group referred to in subsection (5) shall apply to an insured who ceases to be a member or associate member of the group.

(14) An organized group that met the requirements of this section and section 17 as they read on September 30, 2003 shall be deemed to meet the requirements of this section and section 17 after that day if,

- (a) membership in the group was an element of a risk classification system before October 1, 2003; and
- (b) a group marketing plan has been entered into that meets the requirements of section 17.

(15) In this section,

“credit union” means a credit union as defined in section 1 of the *Credit Unions and Caisses Populaires Act, 1994*;

“same-sex partner” has the same meaning as in Part VI of the Act;

“spouse” has the same meaning as in Part VI of the Act.

8. (1) Subsection 17 (1) of the Regulation is revoked and the following substituted:

(1) In this section,

“group marketing plan” means an arrangement made in writing between an insurer and a sponsor to market automobile insurance to members of an organized group referred to in subsection 16 (5);

“sponsor” means a person who is authorized to enter into a group marketing plan on behalf of an organized group referred to in subsection 16 (5).

(1.1) A group marketing plan shall include the details of the arrangement, including,

- (a) the name of the insurer and the name of the sponsor or sponsors and their respective responsibilities;
- (b) the name of the broker or agent;
- (c) the effective date of the group marketing plan;
- (d) information with respect to fees;
- (e) whether or not the group marketing plan is made to the exclusion of another group marketing plan with respect to the group; and
- (f) the procedure for terminating the group marketing plan.

(2) Subsection 17 (3) of the Regulation is amended by striking out the portion before clause (a) and substituting the following:

(3) An insurer, agent or broker who sells automobile insurance under a group marketing plan shall not accept an application from a person for insurance coverage unless, not later than 30 days after accepting the application, the insurer, agent or broker makes full and fair disclosure in writing to the person of all features of the group marketing plan and the insurance coverage, including,

(3) Clause 17 (3) (b) of the Regulation is revoked and the following substituted:

- (b) the financial interests of the sponsor in the group marketing plan.

(4) Section 17 of the Regulation is amended by adding the following subsection:

(3.1) For the purposes of clause (3) (b), the financial interests of the sponsor include any lump sum payment, percentage of premium or other payment received by the sponsor from the insurer as a result of a person purchasing automobile insurance coverage through the plan.

9. The Regulation is amended by adding the following sections:

PUBLIC ADJUSTERS — STATUTORY ACCIDENT BENEFITS (SECTION 398 OF THE ACT)

18. A person is exempt from subsection 398 (1) of the Act in respect of a claim for benefits under the Statutory Accident Benefits Schedule if,

- (a) the person,
 - (i) obtains and continues to maintain errors and omissions liability insurance acceptable to the Superintendent in an amount of not less than \$1 million in respect of any one occurrence,
 - (ii) does not provide services in respect of a claim by another person whom the person knows or ought reasonably to know has sustained a catastrophic impairment as that term is defined in the Statutory Accident Benefits Schedule, and
 - (iii) files with the Superintendent such information as the Superintendent requires; or
- (b) the person is an employee of a barrister and solicitor or a firm of barristers and solicitors and, in respect of any claim for benefits under the Statutory Accident Benefits Schedule, acts only under the direct supervision and direction of a barrister and solicitor who,
 - (i) is a member in good standing of the Law Society of Upper Canada,
 - (ii) carries such professional liability insurance as the Law Society of Upper Canada requires, and
 - (iii) is retained in respect of the claim or is a member of a firm that is retained in respect of the claim.

REPRESENTATION — DISPUTE RESOLUTION PROCEEDINGS (284.1 OF THE ACT)

19. (1) A person may, for compensation, represent a party to a proceeding under sections 279 to 284 of the Act if,

- (a) the person meets the requirements in section 18; or
- (b) the party to the proceeding whom the person represents is an insurer.

(2) For the purposes of subsection (1), a person shall be considered to be representing a party for compensation if the person receives or is entitled to receive, directly or indirectly from any source, a financial benefit in connection with the representation of the party, whether the financial benefit is wages, fees or another form of consideration or remuneration.

10. (1) Subject to subsection (2), this Regulation comes into force on the later of October 1, 2003 and the day it is filed.

(2) Section 9 comes into force on the later of November 1, 2003 and the day this Regulation is filed.

29/03

ONTARIO REGULATION 276/03

made under the

INSURANCE ACT

Made: June 25, 2003

Filed: July 2, 2003

Amending Reg. 676 of R.R.O. 1990
(Uninsured Automobile Coverage)

Note: Regulation 676 has previously been amended. Those amendments are listed in the Table of Regulations published in *The Ontario Gazette* dated January 18, 2003.

1. Clause 2 (1) (b) of the Schedule to Regulation 676 of the Revised Regulations of Ontario, 1990 is revoked.

2. Subsection 4 (2) of the Schedule to the Regulation is amended by striking out “Arbitrations Act” and substituting “Arbitration Act, 1991”.

29/03

ONTARIO REGULATION 777/03

made under the

INSURANCE ACT

Made: June 25, 2003

Filed: July 2, 2003

Amending O. Reg. 777/93

(Statutory Conditions — Automobile Insurance)

Note: Ontario Regulation 777/93 has not previously been amended.

1. Section 1 of Ontario Regulation 777/93 is amended by adding the following subsection:

(3) The following provisions of the Schedule as they read on the day this subsection comes into force apply to every contract of automobile insurance that is in effect on that day or that comes into effect after that day:

1. Subconditions (6), (6.1) and (6.2) of statutory condition 6.
2. Statutory condition 7.
3. Subconditions (1) and (2.1) of statutory condition 9.
4. Statutory condition 10.1.

2. (1) Subcondition (6) of statutory condition 6 in the Schedule to the Regulation is revoked and the following substituted:

Repairing, rebuilding or replacing property damaged or lost

(6) The insurer may repair, rebuild or replace the property that is damaged or lost, instead of making the payment referred to in statutory condition 9, if the insurer gives written notice of its intention to do so within seven days after receipt of the proof of loss.

Time for repairs

- (6.1) The insurer shall carry out the repair, rebuilding or replacement referred to in subcondition (6),
- (a) within a reasonable period of time after giving the notice required under subcondition (6), if an appraisal referred to in subcondition (2.1) of statutory condition 9 is not carried out in respect of the claim; or
 - (b) within a reasonable period of time after the insurer receives the appraisers' determination of the matters in disagreement, if an appraisal referred to in subcondition (2.1) of statutory condition 9 is carried out in respect of the claim.

New or aftermarket parts

(6.2) For the purposes of subcondition (6), the insurer may repair, rebuild or replace the property with new parts provided by the original equipment manufacturer or with non-original or rebuilt parts of like kind and quality to the property that was damaged or lost.

(2) Statutory condition 7 in the Schedule to the Regulation is amended by striking out “statutory conditions 5 and 6” and substituting “subcondition (1) of statutory condition 5 and subcondition (1) of statutory condition 6”.

(3) Subcondition (1) of statutory condition 9 in the Schedule to the Regulation is revoked and the following substituted:

Time and manner of payment of insurance money

(1) If the insurer has not chosen to repair, rebuild or replace the property that is damaged or lost, the insurer shall pay the insurance money for which it is liable under the contract,

- (a) within 60 days after the insurer receives the proof of loss, if no appraisal referred to in subcondition (2.1) is carried out in respect of the claim; or
- (b) within 15 days after the insurer receives the appraisers' determination of the matters in disagreement, if an appraisal referred to in subcondition (2.1) is carried out in respect of the claim.

(4) Statutory condition 9 in the Schedule to the Regulation is amended by adding the following subcondition:

Resolution of disagreement by appraisal under s. 128 of the Act

(2.1) Section 128 of the Act applies to this contract if,

- (a) the insurer has received a proof of loss from the insured in respect of property that is lost or damaged;
- (b) the insured and the insurer disagree on,
 - (i) the nature and extent of repairs, rebuilding and replacements required or their adequacy, or
 - (ii) the amount payable in respect of the loss or damage; and
- (c) either the insured or the insurer requests in writing that an appraisal under section 128 of the Act be carried out and the other of them agrees.

(5) The Schedule to the Regulation is amended by adding the following statutory condition:

Deductible amounts

10.1 (1) Despite anything in this contract,

- (a) the insurer shall be liable only for amounts in excess of the applicable deductible amount, if any, mentioned in this contract; and
- (b) any provision in this contract relating to an obligation of the insurer to pay an amount or to repair, rebuild or replace property that is damaged or lost shall be satisfied by paying the amount determined by deducting any applicable deductible amount from,
 - (i) the amount the insured would otherwise be entitled to recover, or
 - (ii) the cost of repairing, rebuilding or replacing the property.

Deemed deductible amount

(2) For the purposes of subcondition (1), an amount that an insurer is not liable to pay by reason of subsection 261 (1) or (1.1) or 263 (5.1) or (5.2.1) of the *Insurance Act* shall be deemed to be a deductible amount under this contract.

3. This Regulation comes into force on the later of the day it is filed and October 1, 2003.

RÈGLEMENT DE L'ONTARIO 277/03

pris en application de la

LOI SUR LES ASSURANCES

pris le 25 juin 2003
déposé le 2 juillet 2003

modifiant le Règl. de l'Ont. 777/93
(Conditions légales — Assurance-automobile)

Remarque : Le Règlement de l'Ontario 777/93 n'a pas été modifié antérieurement.

1. L'article 1 du Règlement de l'Ontario 777/93 est modifié par adjonction du paragraphe suivant :

(3) Les dispositions suivantes de l'annexe, telles qu'elles existent le jour de l'entrée en vigueur du présent paragraphe, s'appliquent aux contrats d'assurance-automobile qui sont en vigueur ce jour-là ou qui entrent en vigueur par la suite :

1. Les sous-conditions (6), (6.1) et (6.2) de la condition légale 6.
2. La condition légale 7.
3. Les sous-conditions (1) et (2.1) de la condition légale 9.
4. La condition légale 10.1.

2. (1) La sous-condition (6) de la condition légale 6 de l'annexe du Règlement est abrogée et remplacée par ce qui suit :

Réparation, reconstruction ou remplacement du bien sinistré

(6) L'assureur peut réparer, reconstruire ou remplacer le bien sinistré au lieu d'effectuer le paiement visé à la condition légale 9 s'il donne un avis écrit de son intention dans les sept jours qui suivent la réception de la preuve du sinistre.

Délai de réparation

(6.1) L'assureur effectue les travaux de réparation, de reconstruction ou de remplacement visés à la sous-condition (6) :

- a) dans un délai raisonnable après avoir donné l'avis exigé à la sous-condition (6), si la demande de règlement n'est pas suivie d'une estimation visée à la sous-condition (2.1) de la condition légale 9;
- b) dans un délai raisonnable après avoir reçu la décision des estimateurs quant à la façon dont ils règlent les questions qui font l'objet d'un désaccord, si la demande de règlement est suivie d'une estimation visée à la sous-condition (2.1) de la condition légale 9.

Pièces neuves ou pièces de rechange

(6.2) Pour l'application de la sous-condition (6), l'assureur peut réparer, reconstruire ou remplacer le bien au moyen de pièces neuves fournies par l'équipementier ou de pièces de même nature et qualité que le bien sinistré qui ne sont pas d'origine ou qui sont remises à neuf.

(2) La condition légale 7 de l'annexe du Règlement est modifiée par substitution de «à la sous-condition (1) de la condition légale 5 et à la sous-condition (1) de la condition légale 6» à «aux conditions légales 5 et 6».

(3) La sous-condition (1) de la condition légale 9 de l'annexe du Règlement est abrogée et remplacée par ce qui suit :

Délai et mode de paiement des sommes assurées

(1) S'il n'a pas choisi de réparer, de reconstruire ou de remplacer le bien sinistré, l'assureur paie les sommes assurées auxquelles il est tenu aux termes du contrat :

- a) dans les 60 jours qui suivent la réception de la preuve du sinistre, si la demande de règlement n'est pas suivie d'une estimation visée à la sous-condition (2.1);
- b) dans les 15 jours qui suivent la réception de la décision des estimateurs quant à la façon dont ils règlent les questions qui font l'objet d'un désaccord, si la demande de règlement est suivie d'une estimation visée à la sous-condition (2.1).

(4) La condition légale 9 de l'annexe du Règlement est modifiée par adjonction de la sous-condition suivante :

Règlement d'un désaccord au moyen d'une estimation visée à l'art. 128 de la Loi

(2.1) L'article 128 de la Loi s'applique au présent contrat si les conditions suivantes sont réunies :

- a) l'assureur a reçu de l'assuré une preuve du sinistre à l'égard de biens sinistrés;
- b) l'assureur et l'assuré ne sont pas d'accord :
 - (i) soit sur la nature et l'étendue des travaux de réparation, de reconstruction et de remplacement nécessaires ou sur leur suffisance,
 - (ii) soit sur la somme payable à l'égard du sinistre;
- c) l'assuré ou l'assureur demande par écrit qu'une estimation visée à l'article 128 de la Loi soit effectuée et l'autre accepte.

(5) L'annexe du Règlement est modifiée par adjonction de la condition légale suivante :

Franchises

10.1 (1) Malgré le présent contrat :

- a) l'assureur n'est tenu de payer que les sommes supérieures à la franchise applicable éventuelle qui y est énoncée;
- b) il est satisfait à sa clause qui traite de l'obligation de l'assureur de payer une somme ou de réparer, de reconstruire ou de remplacer des biens sinistrés par le paiement de la somme calculée en déduisant toute franchise applicable :
 - (i) soit de la somme que l'assuré aurait par ailleurs le droit de recouvrer;
 - (ii) soit du coût des travaux de réparation, de reconstruction ou de remplacement.

Somme réputée une franchise

(2) Pour l'application de la sous-condition (1), la somme que l'assureur n'est pas tenu de payer en raison du paragraphe 261 (1) ou (1.1) ou 263 (5.1) ou (5.2.1) de la *Loi sur les assurances* est réputée une franchise dans le cadre du présent contrat.

3. Le présent règlement entre en vigueur le dernier en date du jour de son dépôt et du 1^{er} octobre 2003.

29/03

ONTARIO REGULATION 278/03

made under the

INSURANCE ACT

Made: June 25, 2003

Filed: July 2, 2003

Amending O. Reg. 7/00

(Unfair or Deceptive Acts or Practices)

Note: Ontario Regulation 7/00 has not previously been amended.

1. Section 1 of Ontario Regulation 7/00 is amended by adding the following paragraphs:

12. The use of a document in place of a form approved for use by the Superintendent, unless none of the deviations in the document from the approved form affects the substance or is calculated to mislead.
13. Any examination or purported examination under oath that does not comply with the requirements under the Act or the regulations.

2. The Regulation is amended by adding the following sections:

3. (1) For the purposes of the definition of “unfair or deceptive acts or practices” in section 438 of the Act, each act and omission listed in subsection (2) is prescribed as an unfair or deceptive act or practice if it is committed by or on behalf of a person with the expectation that a benefit will be received that is funded, directly or indirectly, out of the proceeds of insurance.

(2) The following are the acts and omissions listed for the purposes of subsection (1):

1. Charging an amount in consideration for the provision of goods or services to or for the benefit of a person who claims statutory accident benefits if the goods or services are not provided.
2. Soliciting or demanding a referral fee, directly or indirectly, by or from a person who provides goods or services to or for the benefit of a person who claims statutory accident benefits.
3. Acceptance of a referral fee, directly or indirectly, by or from a person who provides goods or services to or for the benefit of a person who claims statutory accident benefits.
4. The payment of a referral fee, directly or indirectly, to or by a person who provides goods or services to or for the benefit of a person who claims statutory accident benefits.
5. Charging an amount in consideration for the provision of goods or services to or for the benefit of a person who claims statutory accident benefits where the amount charged unreasonably exceeds the amount charged to other persons for similar goods or services.
6. The failure to disclose a conflict of interest to a person who claims statutory accident benefits or to an insurer, as required under the *Statutory Accident Benefits Schedule*.

4. (1) For the purposes of the definition of “unfair or deceptive acts or practices” in section 438 of the Act, each of the following acts or omissions of a person is prescribed as an unfair or deceptive act or practice if it occurs in connection with an activity described in subsection 398 (1) of the Act or in connection with the representation of someone in a proceeding under sections 279 to 284:

1. The solicitation or acceptance of or demand for a fee by the person under a contingency fee arrangement.
2. The solicitation or acceptance of or demand for a referral fee, directly or indirectly, by the person from another person who provides goods or services to or for the benefit of anyone who claims statutory accident benefits.
3. The payment of a referral fee by the person, directly or indirectly, to another person who provides goods or services to or for the benefit of anyone who claims statutory accident benefits.

4. An act or omission that is inconsistent with the *Code of Conduct for Statutory Accident Benefit Representatives* issued by the Superintendent and published in *The Ontario Gazette*, as it may be amended from time to time.
 5. The failure by the person to disclose a conflict of interest relating to a claim for statutory accident benefits to anyone who claims the benefits or to the appropriate insurer.
- (2) For the purposes of paragraph 5 of subsection (1), a person has a conflict of interest relating to a claim for statutory accident benefits if,
- (a) the person could receive, directly or indirectly, a financial benefit that arises out of the claim, other than compensation for providing a service referred to in subsection 398 (1) of the Act or for representing another person; or
 - (b) anyone related to the person may receive, directly or indirectly, a financial benefit that arises out of the claim.
- (3) Subsections (1) and (2) apply to every person other than a barrister and solicitor acting in the usual course of the practice of law, whether the person is prohibited from carrying on an activity described in subsection 398 (1) of the Act or is legally entitled to represent someone in a proceeding under sections 279 to 284 of the Act.
- (4) For the purposes of clause (2) (b),
- (a) a person is related to another person if,
 - (i) one person is the spouse or same-sex partner of the other person,
 - (ii) one person is connected with the other person by blood relationship or adoption, or
 - (iii) one person is connected by blood relationship to the spouse or same-sex partner of the other person;
 - (b) persons are connected by blood relationship if,
 - (i) one is the child or other descendant of the other person, or
 - (ii) one is the brother or sister of the other person; and
 - (c) persons are connected by adoption if one has been adopted, either legally or in fact, as the child of,
 - (i) the other person, or
 - (ii) a person who is connected by blood relationship to the other person but is not the brother or sister of the other person.
- (5) For the purposes of subsection (2), a financial benefit arises out of a claim for statutory accident benefits where the benefit is related to the claim and would not have arisen if the claim had not been made.

3. This Regulation comes into force on the later of November 1, 2003 and the day this Regulation is filed.

29/03

ONTARIO REGULATION 279/03

made under the

MOTOR VEHICLE ACCIDENT CLAIMS ACT

Made: June 25, 2003

Filed: July 2, 2003

DISCLOSURE OF INFORMATION

Definitions

1. In this Regulation,

“applicant” means a person who has a cause of action against the Superintendent or against the owner or driver of a motor vehicle that may be uninsured and includes,

- (a) a person who has served a notice on the Superintendent under section 3 of the Act,
- (b) a person who has made an application for payment out of the Fund under section 4 or 7 of the Act,
- (c) a person who has provided notice to the Minister under section 8 of the Act, or

- (d) a person who may bring an action against the Superintendent under section 12, 13 or 15 of the Act;
- “member of a health profession” means a member of a College as defined in the *Regulated Health Professions Act, 1991*;
- “same-sex partner” has the same meaning as in Part III of the *Family Law Act*;
- “spouse” has the same meaning as in Part III of the *Family Law Act*.

Information to be provided under s. 27.1 (a) of Act

2. For the purpose of clause 27.1 (a) of the Act, an applicant must provide the following information to the Minister within the applicable time period set out in section 3:

1. Details of any insurance policy that may have provided coverage for the incident including,
 - i. whether any of the following persons was, on the date of the incident, an insured under an automobile insurance policy, and if so, the name, address and date of birth of the person and the name of the insurance company and the policy number for:
 - A. the applicant,
 - B. any spouse or same-sex partner of the applicant,
 - C. any person upon whom the applicant is dependent, and
 - D. any person who is a dependent relative of the applicant,
 - ii. whether any of the persons referred to in sub-subparagraphs i A to D was a lessee of a vehicle, on a lease of more than 30 days, and if so, the name and address of the lessor, the name of the insurance company insuring the leased vehicle and the policy number,
 - iii. whether any of the persons referred to in sub-subparagraphs i A to D had regular use of any motor vehicle insured by their employer, and if so, the name and address of the employer, and the name of the insurance company insuring the employer’s vehicle and the policy number,
 - iv. whether the applicant was a specified driver under any policy of insurance, and if so, the name of the insurance company and the policy number,
 - v. whether any of the vehicles involved in the incident that is the subject of the notice or application filed by the applicant were described vehicles under an automobile insurance policy, and if so, the name of the insurance company and the policy number.
2. Names and addresses of all persons against whom the applicant might reasonably be considered as having a cause of action in respect of the damages in question and details of any proceedings commenced against those persons.
3. Place of residence of the applicant on the date of the incident, including address.
4. Confirmation of whether a police report was prepared as a result of the incident, and if one was, a copy of the report.
5. If the applicant is making a claim in respect of income loss, evidence of the person’s income from all sources for the 52 weeks immediately preceding the incident.
6. If the applicant is making a claim arising out of another person’s death, the applicant’s consent to the Minister obtaining a copy of the autopsy report.
7. A copy, or the applicant’s consent to the Minister obtaining a copy, of every application for statutory accident benefits that the applicant submitted to any insurer during the time period described in clause 3 (b) as a result of the incident, and all other material submitted in connection with the applications.
8. A copy, or the applicant’s consent to the Minister obtaining a copy, of every application that the applicant submitted to a person during the time period described in clause 3 (b) for benefits that may be available as a result of the incident.
9. A copy of every medical report prepared for the applicant during the time period described in clause 3 (b) in respect of the applicant’s injuries arising from the incident.
10. A copy, or the applicant’s consent to the Minister obtaining a copy, of any clinical notes and records prepared by every member of a health profession who cared for the applicant during the time period described in clause 3 (b) in respect of injuries arising from the incident.

Applicable time periods

3. The time periods applicable to section 2 are the periods that begin at the time of the incident and end,
 - (a) 180 days after the incident occurs in the case of the information required by paragraphs 1 to 6 of section 2; or
 - (b) 210 days after the incident occurs in the case of the information required by paragraphs 7 to 10 of section 2.

Failure to provide does not relieve

4. A failure by the applicant to provide any information within the time periods referred to in section 3 does not relieve the applicant from providing the information.

Reasonable expenses

5. Paragraphs 9 and 10 of section 2 do not apply unless the Minister pays all reasonable expenses incurred in obtaining the material referred to in those paragraphs.

29/03

ONTARIO REGULATION 280/03
made under the
MOTOR VEHICLE ACCIDENT CLAIMS ACT

Made: June 25, 2003
Filed: July 2, 2003

ASSESSMENT

Interpretation

1. (1) In this Regulation,

“assessment period” means the period of time with respect to which the Lieutenant Governor in Council makes an assessment;

“FMGF member” means an insurer that is licensed under the *Insurance Act* for automobile insurance and that is a member of the Fire Mutuals Guarantee Fund;

“PACICC member” means an insurer that is licensed under the *Insurance Act* for automobile insurance and that is a member of the Property and Casualty Insurance Compensation Corporation;

“winding-up order” means a winding-up order being made in respect of an insurer under the *Winding-up and Restructuring Act* (Canada).

(2) For the purpose of this Regulation, an insurer’s direct premiums for automobile insurance in a year are the premiums paid to the insurer in the year other than premiums under agreements for reinsurance.

Classes of insurer

2. The following are classes of insurers for the purposes of assessment by the Lieutenant Governor in Council under subsection 2 (6) of the Act:

1. FMGF members.
2. PACICC members.

Formula, s. 2 (6) of Act

3. For the purposes of an assessment under subsection 2 (6) of the Act, the amounts paid out and expenses and expenditures of the Fund shall be calculated for each assessment period in accordance with the following formula:

$$(A + B + C) - D = E$$

where

A = amounts paid out to persons under subsection 6.1 (3) of the Act,

B = all allocated costs associated with any application submitted by a person under subsection 6.1 (1) of the Act,

C = the unallocated costs incurred by the Fund as a result of a winding-up order and the Fund receiving applications for benefits under subsection 6.1 (1) of the Act,

D = any amounts recovered by the Minister as a result of assignments by the persons who are paid benefits under subsection 6.1 (3) of the Act,

E = the amount to be assessed under subsection 2 (6) of the Act.

Separate calculations

4. The calculation referred to in section 3 shall be made separately for each insurer in respect of which, in the assessment period, amounts are paid out or expenses and expenditures incurred.

PACICC member

5. If the winding-up order is made in respect of a PACICC member, the share recoverable from each insurer that was a PACICC member during the assessment period shall be calculated in accordance with the following formula:

$$E = F \times G/H$$

where,

E = the share recoverable from the PACICC member,

F = the total amount of the assessment to be recovered as calculated under section 3,

G = the PACICC member's direct premiums for automobile insurance in Ontario in the calendar year immediately preceding the beginning of the assessment period,

H = the total, for all PACICC members licensed for automobile insurance during the assessment period of all direct premiums for automobile insurance in the calendar year immediately preceding the beginning of the assessment period, excluding the direct premiums of any PACICC members in respect of which a winding-up order was made during or subsequent to that period.

Same

6. If the winding-up order is made in respect of a PACICC member, the share recoverable from each insurer that was an FMGF member during the assessment period shall be zero.

FMGF member

7. If the winding-up order is made in respect of an FMGF member, the share recoverable from each insurer that was an FMGF member during the assessment period shall be calculated in accordance with the following formula:

$$I = J \times K/L$$

where,

I = the share recoverable from the FMGF member,

J = the total amount of the assessment to be recovered as calculated under section 3,

K = the FMGF member's direct premiums for automobile insurance in Ontario in the calendar year immediately preceding the beginning of the assessment period,

L = the total, for all FMGF members licensed for automobile insurance during the assessment period of all direct premiums for automobile insurance in the calendar year immediately preceding the beginning of the assessment period, excluding the direct premiums of any FMGF members in respect of which a winding-up order was made during or subsequent to that period.

Same

8. If the winding-up order is made in respect of an FMGF member, the share recoverable from each insurer that was a PACICC member during the assessment period shall be zero.

If subject of winding-up order

9. If a PACICC member or FMGF member was the subject of a winding-up order during the assessment period, its share of any assessment is zero.

29/03

ONTARIO REGULATION 281/03

made under the

INSURANCE ACT

Made: June 25, 2003

Filed: July 2, 2003

Amending O. Reg. 403/96

(Statutory Accident Benefits Schedule — Accidents on or after November 1, 1996)

Note: Ontario Regulation 403/96 has previously been amended. Those amendments are listed in the Table of Regulations published in *The Ontario Gazette* dated January 18, 2003.

1. (1) The definition of “catastrophic impairment” in subsection 2 (1) of Ontario Regulation 403/96 is revoked.

(2) The definition of “health practitioner” in subsection 2 (1) of the Regulation is amended by striking out “or” at the end of clause (d) and by adding the following clauses:

(b.1) an occupational therapist, if the impairment is one that an occupational therapist is authorized by law to treat,

(f) a registered nurse with an extended certificate of registration, if the impairment is one that the nurse is authorized by law to treat, or

(g) a speech-language pathologist, if the impairment is one that a speech-language pathologist is authorized by law to treat;

(3) Subsection 2 (1) of the Regulation is amended by adding the following definitions:

“business day” means a day that is not,

(a) Saturday, or

(b) a holiday within the meaning of subsection 29 (1) of the *Interpretation Act*, other than Easter Monday and Remembrance Day; (“jour ouvrable”)

“designated assessment” means an assessment arranged or conducted by a designated assessment centre under section 43; (“évaluation désignée”)

“Guideline” means,

(a) a guideline issued by the Superintendent under subsection 268.3 (1) of the Act that is published in *The Ontario Gazette*,

(b) a Pre-approved Framework Guideline,

(c) a guideline that is included in the professional fee guidelines, the *Transportation Expense Guidelines* or the *Optional Indexation Benefit Guidelines*, as published in *The Ontario Gazette* by the Ontario Insurance Commission or Financial Services Commission of Ontario,

(d) a guideline published in *The Ontario Gazette* that is an amended version of a guideline referred to in clause (a), (b) or (c); (“directive”)

“occupational therapist” means a person authorized by law to practise occupational therapy; (“ergothérapeute”)

“Pre-approved Framework Guideline” means a guideline,

(a) that is issued by the Superintendent under subsection 268.3 (1.1) of the Act and published in *The Ontario Gazette*, and

(b) which establishes, in respect of one or more impairments, a treatment framework; (“directive relative à un cadre de traitement préapprouvé”)

“registered nurse with an extended certificate of registration” means a person authorized by law to practise nursing who holds an extended certificate of registration under the *Nursing Act, 1991*; (“infirmière autorisée ou infirmier autorisé titulaire d’un certificat d’inscription supérieur”)

“speech-language pathologist” means a person authorized by law to practise speech-language pathology; (“orthophoniste”)

(4) The definition of “treatment plan” in subsection 2 (1) is revoked.

(5) Section 2 of the Regulation is amended by adding the following subsections:

(1.1) For the purposes of this Regulation, a catastrophic impairment caused by an accident that occurs before October 1, 2003 is,

- (a) paraplegia or quadriplegia;
- (b) the amputation or other impairment causing the total and permanent loss of use of both arms;
- (c) the amputation or other impairment causing the total and permanent loss of use of both an arm and a leg;
- (d) the total loss of vision in both eyes;
- (e) brain impairment that, in respect of an accident, results in,
 - (i) a score of 9 or less on the Glasgow Coma Scale, as published in Jennett, B. and Teasdale, G., *Management of Head Injuries*, Contemporary Neurology Series, Volume 20, F.A. Davis Company, Philadelphia, 1981, according to a test administered within a reasonable period of time after the accident by a person trained for that purpose, or
 - (ii) a score of 2 (vegetative) or 3 (severe disability) on the Glasgow Outcome Scale, as published in Jennett, B. and Bond, M., *Assessment of Outcome After Severe Brain Damage*, Lancet i:480, 1975, according to a test administered more than six months after the accident by a person trained for that purpose;
- (f) subject to subsections (2) and (3), an impairment or combination of impairments that, in accordance with the American Medical Association's *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 4th edition, 1993, results in 55 per cent or more impairment of the whole person; or
- (g) subject to subsections (2) and (3), an impairment that, in accordance with the American Medical Association's *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 4th edition, 1993, results in a class 4 impairment (marked impairment) or class 5 impairment (extreme impairment) due to mental or behavioural disorder.

(1.2) For the purposes of this Regulation, a catastrophic impairment caused by an accident that occurs after September 30, 2003 is,

- (a) paraplegia or quadriplegia;
- (b) the amputation or other impairment causing the total and permanent loss of use of both arms or both legs;
- (c) the amputation or other impairment causing the total and permanent loss of use of one or both arms and one or both legs;
- (d) the total loss of vision in both eyes;
- (e) subject to subsection (1.4), brain impairment that, in respect of an accident, results in,
 - (i) a score of 9 or less on the Glasgow Coma Scale, as published in Jennett, B. and Teasdale, G., *Management of Head Injuries*, Contemporary Neurology Series, Volume 20, F.A. Davis Company, Philadelphia, 1981, according to a test administered within a reasonable period of time after the accident by a person trained for that purpose, or
 - (ii) a score of 2 (vegetative) or 3 (severe disability) on the Glasgow Outcome Scale, as published in Jennett, B. and Bond, M., *Assessment of Outcome After Severe Brain Damage*, Lancet i:480, 1975, according to a test administered more than six months after the accident by a person trained for that purpose;
- (f) subject to subsections (1.4), (2.1) and (3), an impairment or combination of impairments that, in accordance with the American Medical Association's *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 4th edition, 1993, results in 55 per cent or more impairment of the whole person; or
- (g) subject to subsections (1.4), (2.1) and (3), an impairment that, in accordance with the American Medical Association's *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 4th edition, 1993, results in a class 4 impairment (marked impairment) or class 5 impairment (extreme impairment) due to mental or behavioural disorder.

(1.3) Subsection (1.4) applies if an insured person is under the age of 16 years at the time of the accident and none of the Glasgow Coma Scale, the Glasgow Outcome Scale or the American Medical Association's *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 4th edition, 1993, referred to in clause (1.2) (e), (f) or (g) can be applied by reason of the age of the insured person.

(1.4) For the purposes of clauses (1.2) (e), (f) and (g), an impairment sustained in an accident by an insured person described in subsection (1.3) that can reasonably be believed to be a catastrophic impairment shall be deemed to be the impairment that is most analogous to the impairment referred to in clause (1.2) (e), (f) or (g), after taking into consideration the developmental implications of the impairment.

(6) Subsection 2 (2) of the Regulation is amended by striking out the portion before clause (a) and substituting the following:

(2) Clauses (1.1) (f) and (g) do not apply in respect of an insured person who sustains an impairment as a result of an accident that occurs before October 1, 2003 unless,

(7) Section 2 of the Regulation is amended by adding the following subsection:

(2.1) Clauses (1.2) (f) and (g) do not apply in respect of an insured person who sustains an impairment as a result of an accident that occurs after September 30, 2003 unless,

- (a) the insured person's health practitioner states in writing that the insured person's condition is unlikely to cease to be a catastrophic impairment; or
- (b) two years have elapsed since the accident.

(8) Subsection 2 (3) of the Regulation is amended by striking out "clauses (f) and (g) of the definition of "catastrophic impairment" in subsection (1)" and substituting "clauses (1.1) (f) and (g) and (1.2) (f) and (g)".

2. (1) Subsection 7 (1) of the Regulation is amended by striking out the portion before paragraph 1 and substituting the following:

(1) Despite subsections 6 (1) and (5), but subject to subsection 6 (2), the weekly amount of an income replacement benefit payable to a person shall be the lesser of the following amounts:

(2) Paragraph 1 of subsection 7 (1) of the Regulation is amended by striking out the portion before subparagraph i and substituting the following:

- 1. The amount determined under subsections 6 (1) and (5), reduced by,

(3) Subsection 7 (2) of the Regulation is amended by striking out the portion before clause (a) and substituting the following:

(2) For the purposes of paragraph 1 of subsection (1), the amount determined under subsections 6 (1) and (5) shall not be reduced by,

3. Subsection 14 (4) of the Regulation is revoked and the following substituted:

(4) The insurer is not liable to pay a medical benefit for expenses related to professional services described in clause (2) (a), (b) or (h) rendered to an insured person that exceed the maximum rate or amount of expenses established under the *Guidelines* applicable to the claim.

(4.1) If the *Guidelines* applicable to the claim establish a range of rates or amounts for expenses related to professional services rendered to an insured person,

- (a) the highest rate or amount in the range shall be deemed, for the purposes of subsection (4), to be the maximum rate or amount established under the *Guidelines* applicable to the claim; and
- (b) an insurer that is liable to pay a medical benefit for expenses related to the services described in clause (2) (a), (b) or (h) shall not pay less than the lowest amount or rate in the range unless the insured person's claim is for less than the lowest amount or rate in the range.

4. (1) Clause 15 (5) (k) of the Regulation is revoked and the following substituted:

(k) transportation for the insured person to and from counselling and training sessions, including transportation for an aide or attendant;

(2) Subsection 15 (6) of the Regulation is revoked and the following substituted:

(6) The insurer is not liable to pay a rehabilitation benefit for expenses related to professional services described in any of clauses (5) (a) to (g) or clause (5) (l) rendered to an insured person that exceed the maximum rate or amount of expenses established under the *Guidelines* applicable to the claim.

(6.1) If the *Guidelines* applicable to the claim establish a range of rates or amounts for expenses related to professional services rendered to an insured person,

- (a) the highest rate or amount in the range shall be deemed, for the purpose of subsection (6), to be the maximum rate or amount established under the *Guidelines* applicable to the claim; and
- (b) an insurer that is liable to pay a rehabilitation benefit for expenses related to the services described in any of clauses (5) (a) to (g) or clause (5) (l) shall not pay less than the lowest amount or rate in the range unless the insured person's claim is for less than the lowest amount or rate in the range.

(3) Subsection 15 (12) of the Regulation is amended by striking out the words "counselling session, training session or assessment" and substituting "counselling or training session".

5. Subsection 16 (5) of the Regulation is revoked and the following substituted:

(5) The amount of the attendant care benefit payable in respect of an insured person shall not exceed the amount determined under the following rules:

1. If the accident occurred before October 1, 2003, the amount of the attendant care benefit payable in respect of the insured person shall not exceed,
 - i. \$3,000 per month, if the insured person did not sustain a catastrophic impairment as a result of the accident, or
 - ii. \$6,000 per month, if the insured person sustained a catastrophic impairment as a result of the accident.
2. If the accident occurred on or after October 1, 2003 and the optional medical, rehabilitation and attendant care benefit referred to in section 27 has not been purchased and does not apply to the insured person, the amount of the attendant care benefit payable in respect of the insured person shall not exceed,
 - i. \$3,000 per month, if the insured person did not sustain a catastrophic impairment as a result of the accident, or
 - ii. \$6,000 per month, if the insured person sustained a catastrophic impairment as a result of the accident.
3. If the accident occurred on or after October 1, 2003 and the optional medical, rehabilitation and attendant care benefit referred to in section 27 has been purchased and applies to the insured person, the amount of the attendant care benefit payable in respect of the insured person shall not exceed the monthly limit fixed for that optional benefit.

6. Section 17 of the Regulation is revoked and the following substituted:

17. (1) The insurer shall pay all reasonable and necessary expenses incurred by or on behalf of an insured person as a result of the accident for services provided by a qualified case manager in accordance with a treatment plan if,

- (a) the insured person sustains a catastrophic impairment as a result of the accident; or
- (b) the accident occurred on or after October 1, 2003 and the optional medical, rehabilitation and attendant care benefit referred to in section 27 has been purchased and applies to the insured person.

(2) The insurer is not liable under subsection (1) to pay expenses related to professional services rendered to an insured person that exceed the maximum rate or amount of expenses established under the *Guidelines* applicable to the claim.

(3) If the *Guidelines* applicable to the claim establish a range of rates or amounts for expenses related to professional services rendered to an insured person,

- (a) the highest rate or amount in the range shall be deemed, for the purpose of subsection (2), to be the maximum rate or amount established under the *Guidelines* applicable to the claim; and
- (b) an insurer that is liable under subsection (1) to pay expenses related to the services rendered to the insured person shall not pay less than the lowest amount or rate in the range, unless the insured person's claim is for less than the lowest amount or rate in the range.

7. (1) Subsections 24 (1) and (2) of the Regulation are revoked and the following substituted:

(1) The insurer shall pay the following expenses incurred by or on behalf of an insured person:

1. Reasonable fees charged by,
 - i. a health practitioner for preparing a disability certificate under section 34,
 - ii. a health practitioner for reviewing a treatment plan under section 38, and for approving it, if appropriate,
 - iii. a member of a health profession for preparing an application for approval of an assessment or examination under section 38.2,
 - iv. a member of a health profession for preparing an assessment of attendant care needs under section 39,
 - v. a health practitioner for preparing an application for a determination of catastrophic impairment under section 40.
2. Fees charged,
 - i. for a designated assessment of the insured person,
 - ii. by a health practitioner in accordance with a *Pre-approved Framework Guideline* for preparing a treatment confirmation form for the purposes of section 37.1,
 - iii. by a member of a health profession in accordance with a *Pre-approved Framework Guideline* for conducting an assessment or examination and preparing a report for the purposes of section 37.1.
3. Reasonable fees, other than fees referred to in paragraph 1 or subparagraph 2 iii, that are charged by a member of a health profession for conducting an assessment or examination and preparing a report, if the assessment or examination and the report are reasonably required in connection with a benefit claimed or the preparation of a

treatment plan, disability certificate, assessment of attendant care needs in Form 1 or application for the determination of a catastrophic impairment and,

- i. the assessment or examination and the preparation of the report,
 - A. relates to ancillary goods or services described in section 37.2, and
 - B. are services contemplated by a treatment confirmation form submitted in accordance with section 37.1, or
- ii. the insured person submits the expense for approval under a treatment plan under section 38 or submits an application for approval of an assessment or examination under section 38.2.

(1.1) An insurer is not required to pay an expense referred to in subparagraph 3 ii of subsection (1) if the expense is incurred,

- (a) before obtaining the approval of the insurer; or
- (b) before a designated assessment is conducted and the report of the person or persons who conducted the designated assessment is delivered to the insured person and the insurer, in the case where an application for approval for an assessment or examination was made under section 38.2 and denied by the insurer.

(1.2) Despite subsection (1.1), the prior approval of an insurer is not required for the following:

1. An assessment or examination for the purposes of preparing a treatment plan under section 38 in circumstances in which an immediate risk of harm to the insured person or a person in the insured person's care makes obtaining the prior approval of the insurer impractical.
2. Not more than three assessments or examinations for the purposes of preparing a treatment plan under section 38 if,
 - i. the insured person has not received treatment under a *Pre-approved Framework Guideline*,
 - ii. the cost of each assessment or examination does not exceed \$180.00, and
 - iii. not more than one assessment or examination is done by the same person.
3. Not more than one assessment or examination for the purposes of preparing a treatment plan under section 38 if,
 - i. the insured person has received treatment under a *Pre-approved Framework Guideline*,
 - ii. the cost of the assessment or examination does not exceed \$180.00, and
 - iii. the person conducting the assessment or examination did not provide goods or services to the insured person under a *Pre-approved Framework Guideline* in respect of the same accident.
4. An assessment or examination for the purposes of preparing a disability certificate under section 34, if the cost of the assessment or examination does not exceed \$180.
5. An assessment or examination for the purposes of preparing an assessment of attendant care needs under section 39, but not an assessment or examination relating to an impairment that comes within a *Pre-approved Framework Guideline* unless the *Guideline* expressly states that the prior approval of the insurer is not required for the assessment or examination.
6. An assessment or examination for the purposes of determining if an insured person has a catastrophic impairment, if the insured person is hospitalized or is in a long-term care facility at the time of the assessment or examination.
7. An assessment or examination conducted after the insurer notifies the insured person that, before the assessment or examination is conducted, the insurer does not require the submission of a treatment plan under section 38 or an application for approval of an assessment or examination under section 38.2.
8. An assessment or examination conducted under the provisions of a *Guideline* that authorizes the assessment or examination without the prior approval of the insurer.

(1.3) If the approval of an insurer is required and is requested with respect to an assessment or examination required for the purposes of preparing a treatment plan, the insurer shall give notice as to whether it will agree to pay for the assessment or examination,

- (a) within two business days after receiving the request if the amount to be charged for the assessment is \$180.00 or less; or
- (b) within five business days after receiving the request if the amount to be charged is greater than \$180.00.

(1.4) A notice required under subsection (1.3) may be given verbally to the insured person, to the member of the health profession who intends to perform the assessment or examination or to both of them if, as soon as practicable afterwards, written confirmation of the notice is given to the insured person and, if the notice was given verbally to the member of the health profession, to the member of the health profession.

(1.5) If an insurer fails to provide a notice required under subsection (1.3) within the time period required under that subsection, the insurer shall be deemed to have agreed to pay for the assessment or examination.

(1.6) Subject to subsection (4), the insurer shall pay reasonable expenses incurred by or on behalf of an insured person for transportation expenses incurred in transporting the insured person to and from an assessment or examination referred to in subsection (1), including transportation expenses for an aide or an attendant.

(2) The insurer is not liable under subsection (1) for expenses related to professional services rendered to an insured person that exceed the maximum rate or amount of expenses established under the *Guidelines* applicable to the claim.

(2.1) If the *Guidelines* applicable to the claim establish a range of rates or amounts for expenses related to professional services rendered to an insured person,

- (a) the highest rate or amount in the range shall be deemed, for the purpose of subsection (2), to be the maximum rate or amount established under the *Guidelines* applicable to the claim; and
- (b) an insurer that is liable to pay expenses related to the services rendered to the insured person shall not pay less than the lowest amount or rate in the range, unless the insured person's claim is for less than the lowest amount or rate in the range.

(2) Subsection 24 (3) of the Regulation is amended by striking out “clause (1) (c)” and substituting “subsection (1.6)”.

(3) Subsection 24 (4) of the Regulation is amended by striking out “clause 1 (c)” and substituting “subsection (1.6)”.

(4) Section 24 of the Regulation is amended by adding the following subsection:

(5) Vocational assessments referred to in clause 15 (5) (f) are not assessments for the purposes of this section.

8. (1) Paragraph 3 of subsection 25 (2) of the Regulation is revoked and the following substituted:

- 3. If no payment is required by paragraph 1, an additional payment to the insured person's dependants and the persons, other than a former spouse or same-sex partner of the insured person, to whom the insured person had an obligation at the time of the accident to provide support under a domestic contract or court order, to be divided equally among the persons entitled, in an amount equal to \$25,000 if the accident occurred before October 1, 2003 or, if the accident occurred on or after October 1, 2003,
 - i. \$25,000, or
 - ii. if the optional death and funeral benefit referred to in section 27 has been purchased and is applicable to the insured person, the amount fixed by the optional benefit.

(2) Section 25 of the Regulation is amended by adding the following subsection:

(4.1) If at the time of the accident the insured person was a dependant in respect of more than one person who is entitled to a payment under this section, the payment shall be divided equally among the persons in respect of whom the insured person was a dependant.

9. (1) Paragraph 4 of subsection 27 (1) of the Regulation is revoked and the following substituted:

- 4. An optional death and funeral benefit that,
 - i. fixes the amount payable under paragraph 1 of subsection 25 (2) at \$50,000, instead of the amount specified in subparagraph 1 i of subsection 25 (2),
 - ii. fixes the amount payable under paragraph 2 of subsection 25 (2) at \$20,000, instead of the amount specified in subparagraph 2 i of subsection 25 (2),
 - iii. fixes the amount payable under paragraph 3 of subsection 25 (2) at \$50,000 if the accident occurred on or after October 1, 2003, instead of the amount specified in subparagraph 3 i of subsection 25 (2), and
 - iv. fixes the maximum payment for funeral expenses at \$8,000 instead of the amount specified in clause 26 (2) (a).

(2) Section 27 of the Regulation is amended by adding the following subsection:

(5) Despite paragraph 3 of subsection (1), the amount of the attendant care benefit payable in respect of an insured person relating to an accident that occurs on or after October 1, 2003 shall not exceed \$6,000 per month.

10. (1) Subsection 30 (2) of the Regulation is amended by striking out “or” at the end of clause (a) and by adding the following clauses:

- (c) in respect of a person who, at the time of the accident,
 - (i) was engaged in an act for which the person is convicted of a criminal offence, or
 - (ii) was an occupant of an automobile that was being used in connection with an act for which the person is convicted of a criminal offence; or

- (d) in respect of a person who is convicted under section 254 of the *Criminal Code* (Canada) of failing to comply with a lawful demand to provide a breath sample in connection with the accident.

(2) Subsection 30 (5) of the Regulation is amended by striking out “clause (4) (a)” in the portion before the definition of “criminal offence” and substituting “this section”.

11. (1) Subsection 32 (1) of the Regulation is revoked and the following substituted:

(1) A person shall notify the insurer of his or her intention to apply for a benefit under this Regulation.

(1.1) A person shall notify the insurer under subsection (1) no later than,

- (a) the 30th day after the circumstances arose that gave rise to the entitlement to the benefit, or as soon as practicable after that day, if those circumstances arose as a result of an accident that occurred before October 1, 2003; or
- (b) the seventh day after the circumstances arose that give rise to the entitlement to the benefit, or as soon as practicable after that day, if those circumstances arose as a result of an accident that occurred on or after October 1, 2003.

(2) Section 32 of the Regulation is amended by adding the following subsections:

(3.1) If an insurer receives an incomplete application for a benefit under this Regulation, the insurer shall notify the person within 14 days after receiving the incomplete application that the application is incomplete and shall indicate the information that is missing.

(3.2) Subsection (3.1) applies only if the insurer, after a reasonable review of the incomplete application, is unable to determine without the missing information if a benefit is payable.

(5) If subsection (3.1) applies in respect of an incomplete application, no benefit is payable before the person provides the missing information.

(6) If, in respect of an accident that occurs on or after October 1, 2003, a person fails, without a reasonable explanation, to notify an insurer under subsection (1) within the seven days set out in clause (1.1) (b), the insurer may delay determining if the person is entitled to a benefit under section 35, 38, 39 or 41 for a maximum of 45 days after the day the insurer receives the person's application.

12. (1) Section 33 of the Regulation is amended by adding the following subsections:

(1.1) If requested by the insurer, a person who applies for a benefit under this Regulation as a result of an accident shall submit to an examination under oath, but is not required to,

- (a) submit to more than one examination under oath in respect of matters relating to the same accident; or
- (b) submit to an examination under oath during a period when the person is incapable of being examined under oath because of his or her physical, mental or psychological condition.

(1.2) A person is entitled to be represented at his or her own expense at the examination under oath by such counsel or other representative of his or her choice as the law otherwise permits.

(1.3) The insurer shall make reasonable efforts to schedule the examination under oath for a time and location that are convenient for the person and shall give the person reasonable advance notice of the following:

1. The date and location of the examination.
2. That the person is entitled to be represented in the manner described in subsection (1.2).
3. The reason or reasons for the examination.
4. That the scope of the examination will be limited to matters that are relevant to the person's entitlement to benefits.

(1.4) The insurer shall limit the scope of the examination under oath to matters that are relevant to the person's entitlement to benefits under this Regulation.

(2) Subsection 33 (2) of the Regulation is revoked and the following substituted:

(2) The insurer is not liable to pay a benefit in respect of any period during which the insured person failed to comply with subsection (1) or (1.1).

(3) Subsection (2) does not apply in respect of a non-compliance with subsection (1.1) if,

- (a) the insurer fails to comply with subsection (1.3) or (1.4); or
- (b) the insurer interferes with the insured person's right to be represented as described in subsection (1.2).

(4) If an insured person who failed to comply with subsection (1) or (1.1) subsequently complies with that subsection, the insurer,

- (a) shall resume payment of the benefit, if a benefit was being paid; and
- (b) shall pay all amounts that were withheld during the period of non-compliance, if the insured person provides a reasonable explanation for the delay in complying with the subsection.

13. Subsection 35 (3) of the Regulation is revoked and the following substituted:

(3) Despite subsection (2), the insurer may delay determining whether a person is entitled to the benefit for up to 45 days from the date the insurer receives the person's application if the person fails, without a reasonable explanation, to notify the insurer within the 30 days required under clause 32 (1.1) (a) if the application relates to an accident that occurred before October 1, 2003.

14. Subsections 37 (3), (4) and (5) of the Regulation are revoked and the following substituted:

(3) The following rules apply if notice is given under clause (1) (b) for the reason that the person no longer has a disability that entitles the person to continue to receive the benefit:

1. The date specified in the notice under subsection (2) shall be not less than 14 days after the day the person receives the notice.
2. The notice under clause (1) (b) shall inform the person that he or she has the right to require a designated assessment in accordance with section 43 by giving the insurer written notice and a disability certificate from a health practitioner under section 34, before the date specified in the notice under subsection (2).
3. Despite subsection (2), the insurer shall not stop payment of the benefit if, within 14 days after receiving the notice under clause (1) (b), the person gives the insurer written notice that he or she requires a designated assessment in accordance with section 43 and provides the disability certificate referred to in paragraph 2.

(3.1) Subsections 34 (3) and (4) do not apply where the notice given by the insurer under clause (1) (b) contains the information described in paragraph 2 of subsection (3).

(4) The insurer may stop paying a benefit to a person, after providing the person with notice of its reasons for stopping payment, if,

- (a) the person undergoes a designated assessment referred to in paragraph 3 of subsection (3); and
- (b) the report from the designated assessment centre states that the person no longer has a disability that entitles the person to receive the benefit.

(5) The insurer may dispute the obligation to pay a benefit in accordance with sections 279 to 283 of the Act and, pending the resolution of the dispute, the insurer shall pay the benefit if,

- (a) the person undergoes a designated assessment referred to in paragraph 3 of subsection (3); and
- (b) the report from the designated assessment centre states that the person continues to have a disability that entitles the person to receive the benefit.

15. The Regulation is amended by adding the following sections:

PRE-APPROVED FRAMEWORK GUIDELINES

37.1 (1) This section applies if an insured person,

- (a) submits or intends to submit an application for a benefit in accordance with section 32; and
- (b) claims medical or rehabilitation benefits in respect of an impairment that comes within a *Pre-approved Framework Guideline*.

(2) The insured person shall submit to the insurer, within the time specified in the *Pre-approved Framework Guideline* applicable to the impairment, a treatment confirmation form that satisfies the following requirements:

1. The treatment confirmation form shall be prepared by a health practitioner who is authorized by law to treat the impairment that is the subject of the form and who will be the health practitioner responsible for providing goods and services under the treatment confirmation form.
2. The treatment confirmation form shall contain details concerning the impairment and specify the *Pre-approved Framework Guideline* under which benefits are claimed.
3. The treatment confirmation form shall include a statement by the health practitioner who prepared the form,
 - i. disclosing any conflict of interest that he or she has that relates to the goods or services to be provided under the *Pre-approved Framework Guideline*,
 - ii. confirming that he or she has made reasonable inquiries to determine if any person who referred the insured person to a person who will provide goods or services under the *Pre-approved Framework Guideline* has a conflict of interest relating to the treatment, and

iii. disclosing any conflict of interest that a person who referred the insured person to a person who will provide goods or services under the *Pre-approved Framework Guideline* has that relates to the treatment.

4. The treatment confirmation form shall be signed by the insured person, unless the insurer waives this requirement.

(3) A lawyer or other representative who acts for the insured person in respect of the application for a benefit or in respect of any civil proceeding arising from the accident shall, at the time the treatment confirmation form is submitted, give the insurer and the insured person written notice disclosing any conflict of interest that the lawyer or representative has relating to the claim for benefits.

(4) If a conflict of interest is disclosed in the treatment confirmation form or by a person under subsection (3), the insurer may refuse the application.

(5) Within five business days after receiving a treatment confirmation form, the insurer shall send a notice that complies with the following rules to the insured person and to the health practitioner, acknowledging receipt of the treatment confirmation form:

1. The notice shall state whether the policy referred to in the treatment confirmation form was in force at the time of the accident.
2. If the insurer refuses the application by reason of a conflict of interest, the notice shall state the reason the application is refused, what the conflict of interest is and that the insured person may submit a new application.
3. If the treatment confirmation form includes a claim for ancillary goods or services referred to in section 37.2, the notice shall comply also with the requirements of that section.

(6) Despite subsection (4), the insurer shall not refuse an application because of a conflict of interest if there is no other person within 50 kilometres of the insured person's residence who is able to provide the goods or services to which the conflict of interest relates.

(7) If an insured person submits an application under section 32 and a treatment confirmation form under this section in respect of an impairment and the claim is accepted by the insurer, the insurer is liable to pay benefits of a type described in section 14 or 15 in respect of the impairment only in accordance with,

- (a) the *Pre-approved Framework Guideline* to which the treatment confirmation form relates; and
- (b) the requirements of section 37.2, if that section applies in respect of the claim.

(8) If the insured person has submitted an application under section 32 to the insurer, the insurer shall pay a benefit referred to in subsection (7) within 30 days after receiving an invoice for goods or services,

- (a) that have been provided under the *Pre-approved Framework Guideline* to which the treatment confirmation form relates; or
- (b) that the insurer has agreed under section 37.2 to pay for and that have been provided.

(9) An insurer is not liable to pay benefits under more than one treatment confirmation form relating to the same *Pre-approved Framework Guideline*.

(10) An insured person may receive benefits under two or more *Pre-approved Framework Guidelines* if permitted under the *Guidelines*.

(11) An insured person shall submit an amended treatment confirmation form if, during the course of treatment under a *Pre-approved Framework Guideline*, he or she changes the health practitioner who is responsible for providing goods and services under the treatment confirmation form.

(12) The insurer is liable to pay for goods and services under an amended treatment confirmation form only to the extent the goods and services have not already been provided under the *Pre-approved Framework Guideline*.

(13) Sections 42 and 43 do not apply to a claim for payment for goods and services provided under a *Pre-approved Framework Guideline*.

(14) If goods or services available under a *Pre-approved Framework Guideline* are not provided within the times specified in the applicable *Guideline*, any claim for medical or rehabilitation benefits to which the *Guideline* would otherwise apply shall, subject to section 37.2, be submitted in accordance with section 38.

(15) If a court or arbitrator determines in any dispute about an insured person's entitlement to medical or rehabilitation benefits or related assessments or examinations that a *Pre-approved Framework Guideline* applies to the insured person and the insured person received benefits or underwent assessments or examinations under the *Pre-approved Framework Guideline*,

- (a) the benefits shall be deemed to have been reasonable and necessary for the purposes of sections 14 and 15; and
- (b) the assessments and examinations shall be deemed to have been reasonably required for the purposes of section 24.

37.2 (1) In this section, ancillary goods or services, in respect of an impairment to which a *Pre-approved Framework Guideline* applies, are goods or services for which the *Guideline*,

- (a) requires the insurer's approval; and
- (b) permits a claim to be made in a treatment confirmation form under section 37.1.

(2) If a treatment confirmation form under section 37.1 includes a claim for ancillary goods or services, the following rules apply:

1. If the insurer does not agree to pay for all of the ancillary goods and services claimed in the treatment confirmation form, the insurer shall require the insured person to be assessed by a designated assessment centre in accordance with section 43 in respect of the ancillary goods and services the insurer will not pay for.
2. The notice given by the insurer under subsection 37.1 (5) shall state,
 - i. what ancillary goods and services, if any, that the insurer will pay for,
 - ii. what ancillary goods and services the insurer will not pay for and the reasons why the insurer will not pay for them, and
 - iii. that the insurer requires the insured person to be assessed by a designated assessment centre in accordance with section 43 in respect of the ancillary goods and services the insurer will not pay for.

(3) Despite subsection (2), no designated assessment is required if, within two business days after receiving the notice referred to in that subsection, the insured person gives the insurer written notice that he or she will not make any claim in respect of the goods and services for which the insurer has indicated it will not pay.

(4) If the insurer fails, within the time required under subsection 37.1 (5), to comply with the requirements of paragraph 2 of subsection (2) or fails to give the notice under subsection 37.1 (5), the insurer shall pay for all ancillary goods and services delivered under the treatment confirmation form.

(5) The following rules apply in respect of an expense for or relating to an ancillary good or service, subject to the determination of a dispute relating to the expense in accordance with sections 279 to 283 of the Act:

1. If a report from a designated assessment centre states that, in the opinion of the person or persons who conducted the designated assessment, the expense is reasonable and necessary for the insured person's treatment or rehabilitation, the insurer shall pay the expense.
2. If a report from a designated assessment centre does not state that, in the opinion of the person or persons who conducted the designated assessment, the expense is reasonable and necessary for the insured person's treatment or rehabilitation, the insurer is not required to pay the expense.
3. If a report from a designated assessment centre states that, in the opinion of the person or persons who conducted the designated assessment, the expense in respect of an assessment or examination is reasonably required in relation to the benefit claimed, the insurer shall pay the expense.
4. If a report from a designated assessment centre does not state that, in the opinion of the person or persons who conducted the designated assessment, an expense in respect of an assessment or examination is reasonably required in relation to the benefit claimed, the insurer is not required to pay the expense.

16. (1) Subsection 38 (1) of the Regulation is revoked and the following substituted:

(1) Subject to subsection (2.1), this section applies to,

- (a) any claim for medical or rehabilitation benefits other than,
 - (i) a claim payable under section 37.1, and
 - (ii) a claim for ancillary goods and services referred to in section 37.2; and
- (b) applications for assessments or examinations under subparagraph 3 ii of subsection 24 (1) that are submitted with a treatment plan under subsection (2).

(1.1) An insured person shall submit an application for a medical or rehabilitation benefit to the insurer before incurring any expense in respect of the benefit or an assessment or examination to which this section applies.

(2) Subsection 38 (2) of the Regulation is revoked and the following substituted:

(2) An application under this section must be signed by the insured person, unless the insurer waives that requirement, and must include, unless section 38.1 applies,

- (a) a treatment plan prepared by a member of a health profession; and
- (b) a statement by a health practitioner approving the treatment plan referred to in clause (a) and stating that he or she is of the opinion,

- (i) that the expenses contemplated by the treatment plan are reasonable and necessary for the insured person's treatment or rehabilitation, and
- (ii) that the impairment sustained by the insured person does not come within a *Pre-approved Framework Guideline*.

(2.1) An insurer may refuse to accept a treatment plan under this section that provides for goods or services to be received in respect of any period during which the insured person is entitled to receive goods or services under a *Pre-approved Framework Guideline*, unless the *Guideline* allows the insured person to receive both, and the insurer's refusal is final and not subject to review.

(2.2) Nothing in subsection (2.1) prevents an insured person, while receiving goods or services under a *Pre-approved Framework Guideline*, from submitting a treatment plan applicable to a period other than the period referred to in that subsection.

(3) Section 38 of the Regulation is amended by adding the following subsection:

(3.1) Despite subsections (1.1), (2) and (3), if an insured person incurs expenses in respect of which a medical or rehabilitation benefit may be payable, other than for expenses payable under a *Pre-approved Framework Guideline*, without complying with subsection (1.1), (2) or (3), the insured person shall submit to the insurer an application for payment of the expenses that complies with subsections (2) and (3) within 30 days after incurring the expenses.

(4) Subsection 38 (8) of the Regulation is revoked and the following substituted:

(8) If no notice is given under subsection (5), the insurer shall give the insured person one of the following notices:

1. A notice disclosing if the insurer has a conflict of interest relating to the treatment plan and stating,
 - i. what goods and services, if any, contemplated by the treatment plan that the insurer will pay for, and
 - ii. what goods and services, if any, contemplated by the treatment plan that the insurer will not pay for.
2. A notice stating that the insurer rejects the treatment plan on the basis that the insured person has an impairment to which a *Pre-approved Framework Guideline* applies.

(8.1) A notice under subsection (8) must be given,

- (a) within 14 days after the insurer receives the application, in the case of a notice described in paragraph 1 of subsection (8); or
- (b) within five business days after the insurer receives the application, in the case of a notice described in paragraph 2 of subsection (8).

(8.2) If the insurer fails to give a notice under subsection (8) in accordance with subsection (8.1), the following rules apply:

1. In the case of a notice under paragraph 2 of subsection (8),
 - i. the insurer cannot reject the treatment plan on the basis that the insured person has an impairment to which a *Pre-approved Framework Guideline* applies, and
 - ii. the insurer shall give a notice described in paragraph 1 of subsection (8) in accordance with subsection (8.1).
2. In the case of a notice under paragraph 1 of subsection (8) or a notice required under that paragraph by reason of subparagraph 1 ii of this subsection, the insurer shall pay for all goods and services provided under the treatment plan that relate to the period starting the day after the day the insurer was required to give the notice and ending on the day the insurer gives the notice.

(5) Subsection 38 (9) of the Regulation is amended by striking out "clause (8) (b)" and substituting "paragraph 1 of subsection (8)".

(6) Subsections 38 (11) and (12) of the Regulation are revoked and the following substituted:

(11) If the application is not withdrawn under subsection (9), the insurer shall pay for goods and services the insurer agreed to pay for in the notice under paragraph 1 of subsection (8) within 30 days after receiving an invoice for them.

(12) If the notice under paragraph 1 of subsection (8) does not indicate that the insurer will pay for all the goods and services contemplated by the treatment plan,

- (a) the insurer shall require the insured person to be assessed by a designated assessment centre in accordance with section 43 in respect of the goods and services the insurer will not pay for; and
- (b) the insurer shall include in the notice under paragraph 1 of subsection (8),
 - (i) a statement of the insurer's reasons for not agreeing to pay for all goods and services contemplated by the treatment plan, and

(ii) notice that the insurer requires the insured person to be assessed by a designated assessment centre in accordance with section 43.

(12.1) If an insurer gives a notice described in paragraph 2 of subsection (8),

(a) the insurer shall require the insured person to be assessed in respect of the goods and services by a designated assessment centre; and

(b) the insurer shall include in the notice,

(i) a statement specifying the *Pre-approved Framework Guideline* applicable to the insured person, and

(ii) notice that the insurer requires the insured person to be assessed by a designated assessment centre.

(12.2) If an insurer gives notice described in paragraph 2 of subsection (8), the insured person may submit a treatment confirmation form under section 37.1 and receive goods and services in accordance with the *Pre-approved Framework Guideline* referred to in subclause (12.1) (b) (i), pending the determination of the designated assessment referred to in subclause (12.1) (b) (ii).

(12.3) If appropriate, the treatment confirmation form referred to in subsection (12.2) may include a claim for ancillary goods and services under section 37.2.

(7) Subsections 38 (13) and (14) of the Regulation are revoked and the following substituted:

(13) Despite clause (12) (a), no designated assessment shall be required if, within five business days after receiving the notice under subclause (12) (b) (ii), the insured person gives the insurer written notice that he or she will not make any claim in respect of the goods or services that the insurer has stated it will not pay for.

(14) The following rules apply in respect of an expense for or relating to goods or services the insurer has not agreed to pay for, subject to the determination of a dispute relating to the expense in accordance with sections 279 to 283 of the Act:

1. If a report from the designated assessment centre states that, in the opinion of the person or persons who conducted the designated assessment, an expense claimed under section 14 or 15 is reasonable and necessary for the insured person's treatment or rehabilitation, or in the case of an assessment or examination under subparagraph 3 ii of subsection 24 (1), that the expense is reasonably required in relation to the benefit claimed, the insurer shall pay the expense.
2. If a report from the designated assessment centre does not state that, in the opinion of the person or persons who conducted the designated assessment, an expense claimed under section 14 or 15 is reasonable and necessary for the insured person's treatment or rehabilitation, or in the case of an assessment or examination under subparagraph 3 ii of subsection 24 (1), that the expense is reasonably required in relation to the benefit claimed, the insurer is not required to pay the expense.
3. If a report from the designated assessment centre states that, in the opinion of the person or persons who conducted the designated assessment, the insured person has an impairment to which a *Pre-approved Framework Guideline* applies, the insurer may reject the treatment plan and may treat the application for benefits as an application under section 37.1.
4. If a report from the designated assessment centre states that, in the opinion of the person or persons who conducted the designated assessment, the insured person does not have an impairment to which a *Pre-approved Framework Guideline* applies, the insurer shall give the insured person a notice described in paragraph 1 of subsection (8).

(8) Subsection 38 (15) of the Regulation is amended by striking out “an assessment by a designated assessment centre” in the portion before paragraph 1 and substituting “a designated assessment”.

(9) Paragraphs 3 and 4 of subsection 38 (15) of the Regulation are revoked and the following substituted:

3. Expenses for transportation to or from counselling sessions, training sessions, or treatment sessions, including transportation for an aide or attendant.
4. Labour market re-entry expenses payable by the insurer until a dispute over whether a benefit is payable under the *Workplace Safety and Insurance Act, 1997* is resolved.

(10) Subsections 38 (16) and (17) of the Regulation are revoked.

(11) Subsection 38 (18) of the Regulation is amended by striking out the portion before clause (a) and substituting:

(18) Despite subsection (1.1), if the insurer receives an application described in subsection (3.1), the insurer shall, within 30 days after receiving the application,

(12) Subsection 38 (19) of the Regulation is amended by striking out “subclause (8) (a) (i) or (ii)” and substituting “subparagraph 1 i of subsection (8)”.

(13) Subsections 38 (22) to (25) of the Regulation are revoked.

17. The Regulation is amended by adding the following sections:

38.1 (1) This section applies to a claim for a medical or rehabilitation benefit under section 38 if the insurer gives the insured person a notice informing the insured person that the insurer will pay the expenses without the submission of a treatment plan under that section.

(2) If the insurer gives the insured person a notice under subsection (1),

(a) the notice shall describe the expenses that the insurer will pay without the submission of a treatment plan and shall specify,

(i) the types of expenses,

(ii) any restrictions on the amount of the expenses, and

(iii) any restrictions on when the expenses may be incurred;

(b) the insurer shall pay expenses described in the notice within 30 days after receiving an invoice for them; and

(c) if there is a dispute about whether, for the purpose of subsection 14 (2) or 15 (5), an expense described in the notice is reasonable or necessary, the insurer shall pay the expense pending resolution of the dispute in accordance with sections 279 to 283 of the Act.

(3) The insurer shall give the insured person a notice disclosing any conflict of interest that the insurer has relating to any person who will provide goods or services to whom the insured person is referred by the insurer.

(4) Every member of a health profession who refers an insured person to a person who will provide goods or services in respect of which a medical or rehabilitation benefit will be paid by an insurer under this section shall give the insurer and the insured person written notice disclosing any conflict of interest that the member of the health profession has relating to the goods or services.

(5) If a conflict of interest is disclosed under subsection (4), the insurer may give the insured person a notice requiring the insured person to submit a treatment plan to the insurer under section 38 and, if a notice is given under this subsection,

(a) the insurer is relieved of any obligation under this section to pay expenses other than expenses incurred before the notice was given;

(b) subsections (1) to (4) do not apply; and

(c) the insured person may submit an application and treatment plan under section 38.

ASSESSMENTS AND EXAMINATIONS

38.2 (1) This section applies to an application for approval of an assessment or examination referred to in subparagraph 3 ii of subsection 24 (1), unless the application is submitted with a treatment plan under section 38.

(2) The application shall include a statement by the member of a health profession who is to conduct the assessment or examination,

(a) disclosing any conflict of interest that he or she has relating to the assessment or examination to which the application relates;

(b) indicating that he or she has made reasonable inquiries to determine whether any person who referred the insured person to him or her has a conflict of interest relating to the assessment or examination and, if there is a conflict of interest, disclosing the conflict of interest that the person has; and

(c) stating that the assessment or examination is reasonably required in relation to a benefit.

(3) A lawyer or other representative who acts for the insured person in respect of the application or with respect to any civil proceeding arising from the accident shall, at the time the application is submitted, give the insurer and the insured person written notice disclosing any conflict of interest that the lawyer or other representative has relating to the application.

(4) If a conflict of interest is disclosed under subsection (2) or (3), the insurer may refuse the application and, within two business days after receiving the application, give the insured person notice that the application is refused and that the insured person may submit a new application.

(5) Despite subsection (4), the insurer shall not refuse the application because of a conflict of interest if there is no other person within 50 kilometres of the insured person's residence who is able to conduct the assessment or examination.

(6) If the insurer has not refused the application under subsection (4), the insurer shall, within the applicable time period under subsection 24 (1.3), determine whether the insurer is required to pay for any assessment or examination to which the application relates and shall give the insured person a notice,

(a) stating which assessments or examinations in the application that the insurer will or will not pay for;

(b) specifying the insurer's reasons for not agreeing to pay for any assessment or examination to which the application relates;

- (c) requiring the insured person to be assessed by a designated assessment centre in accordance with section 43, if the insurer states in the notice that it will not pay for an assessment or examination to which the application relates; and
- (d) disclosing any conflict of interest that the insurer has relating to any assessment or examination to which the application relates.

(7) If the insurer determines that it is not required to pay for any assessment or examination to which the application relates, the insurer shall require the insured person to be assessed in respect of the requirement for the assessment or examination by a designated assessment centre in accordance with section 43.

(8) Despite clause (6) (c) and subsection (7), no designated assessment shall be required in respect of an assessment or examination that the insurer has stated it will not pay for if, within two business days after receiving the notice under subsection (6), the insured person gives the insurer written notice that he or she will not make any claim in respect of the assessment or examination.

(9) If the insurer does not refuse the application under subsection (4) but fails to give the notice as required under subsection (6), the insurer shall pay for all assessments and examinations to which the application relates.

(10) If, in a notice under subsection (6), the insurer discloses a conflict of interest relating to an assessment or examination, the insured person may withdraw the application and submit a new application within two business days after receiving the notice from the insurer.

(11) Despite subsection (10), the insured person shall not withdraw the application or submit a new application if there is no other person within 50 kilometres of the insured person's residence who is able to conduct the assessment or examination.

(12) If the application is not withdrawn under subsection (10), the insurer shall pay for all assessments and examinations it agreed to pay for in the notice under subsection (6) and shall make each payment within 30 days after receiving an invoice for the cost of the assessment or examination.

(13) The following rules apply in respect of an assessment or examination that the insurer has not agreed to pay for, subject to the determination of a dispute relating to the expense in accordance with sections 279 to 283 of the Act:

1. If a report from a designated assessment centre states that, in the opinion of the person or persons who conducted the designated assessment, the assessment or examination to which the application relates is reasonably required in relation to the benefit claimed, the insurer shall pay for the assessment or examination.
2. If a report from a designated assessment centre does not state that, in the opinion of the person or persons who conducted the designated assessment, the assessment or examination is reasonably required in relation to the benefit claimed, the insurer is not required to pay for the assessment or examination.

(14) If, after giving a notice under subsection (6) in which the insurer agrees to pay for an assessment or examination, it comes to the insurer's attention that a person described in subsection (2) or (3) has a conflict of interest relating to the assessment or examination, the insurer may give the insured person notice requiring the insured person, within five business days after receiving the notice, to amend the application so that no conflict of interest will arise.

(15) If the insured person does not amend the application as required under subsection (14), the insurer is not required to pay for the assessment or examination referred to in that subsection.

(16) Subsection (14) does not apply if there is no other person within 50 kilometres of the insured person's residence who is able to conduct the assessment or examination to which the conflict of interest relates.

CONFLICT OF INTEREST

38.3 (1) For the purposes of sections 37.1, 38, 38.1 and 38.2,

- (a) a person has a conflict of interest relating to the provision of goods or services if,
 - (i) the person or a related person may receive a financial benefit, directly or indirectly, as a result of the provision, by the related person or another person, of the goods or services, and
 - (ii) the person who may receive the financial benefit is not the employee of the person who will provide the goods or services and does not have a contract with the person who will provide the goods or services or under which goods or services of that kind are provided; and
 - (b) an insurer has a conflict of interest relating to the provision of goods or services to an insured person if the insurer may receive a financial benefit, directly or indirectly, as a result of the provision of the goods or services.
- (2) A related person, in respect of a person who is not a corporation, is an individual who is,
- (a) the spouse or same-sex partner of the person;
 - (b) connected with the person by blood relationship or adoption; or
 - (c) connected by blood relationship to the spouse or same-sex partner of the person.

(3) For the purposes of subsection (2),

- (a) persons are connected by blood relationship if one is the child or other descendant of the other or is the brother or sister of the other; and
- (b) persons are connected by adoption if one has been adopted, either legally or in fact, as the child of the other or as a child of a person who is connected by blood relationship, otherwise than as brother or sister, to the other.

18. (1) Clause 39 (1) (b) of the Regulation is revoked and the following substituted:

- (b) give the insured person notice that the insurer requires the insured person to furnish an assessment of attendant care needs in Form 1 prepared by a member of a health profession who is authorized by law to treat the person's impairment.

(2) Subsection 39 (2) of the Regulation is amended by striking out "a certificate" and substituting "an assessment of attendant care needs".

(3) Subsections 39 (3), (4) and (5) of the Regulation are revoked and the following substituted:

(3) If the insurer is required to pay the benefit, it shall begin payment of the benefit within 30 days after receiving the application or, if the insurer has required an assessment of attendant care needs in Form 1, within 14 days after receiving Form 1.

(4) If the insurer determines that an insured person is not entitled to receive an attendant care benefit, the insurer shall require the person to undergo a designated assessment in accordance with section 43 and shall give the person notice of its determination and the requirement for the designated assessment, with reasons,

- (a) within 14 days after receiving the application; or
- (b) within 14 days after receiving the assessment of attendant care needs in Form 1, if the insurer required an assessment of attendant care needs under this section.

(4) Subsection 39 (6) of the Regulation is amended by striking out "an assessment" and substituting the words "a designated assessment".

(5) Subsections 39 (7) and (8) of the Regulation are revoked and the following substituted:

(7) If an insured person is receiving an attendant care benefit and the insurer determines that the person is no longer entitled to receive the benefit or that the amount of the benefit should be reduced, the insurer shall require the person to undergo a designated assessment in accordance with section 43 and shall give the person notice of its determination and the requirement for the designated assessment, with reasons, no later than the date the next payment of the benefit is due.

(8) If an insured person who is receiving an attendant care benefit submits an application to the insurer to increase the amount of the benefit, and the insurer determines that the person is not entitled to receive an increased amount, the insurer shall require the person to undergo a designated assessment in accordance with section 43 and shall give the person notice of its determination and the requirement for the designated assessment, with reasons, within 14 days after the application is received.

(9) If a designated assessment is required under subsection (7) or (8), the insurer shall, pending receipt of the report of the designated assessment centre, continue to pay the insured person the attendant care benefit in the amount that was being paid before the notice under that subsection was given.

(10) The determination by the designated assessment centre is binding on the insured person and the insurer in respect of the attendant care benefit, subject to the determination of a dispute in accordance with sections 279 to 283 of the Act.

(11) Despite subsections (7) and (8), if more than 104 weeks have elapsed since the accident, the insurer shall not require a designated assessment of the insured person and the insured person shall not submit an application to the insurer to increase the amount of the benefit unless at least 52 weeks have elapsed since the insured person was last assessed by a designated assessment centre.

(12) The insured person and the insurer may agree at any time that the insured person be assessed in accordance with section 43.

(13) If the insurer determines that, pursuant to subsection 18 (2), a person is not entitled to receive an attendant care benefit,

- (a) subsections (4), (7), (8) and (11) do not apply; and
- (b) if the insurer has been paying an attendant care benefit to the person, the insurer shall not stop payment of the benefit unless it gives the person notice of its determination, with reasons, at least 14 days before the last payment of the benefit.

19. Section 40 of the Regulation is amended by adding the following subsection:

(3.1) Despite clause 19 (2) (a), if an application under subsection (1) is made within 104 weeks after the accident and a designated assessment is required under this section, the insurer shall continue to pay the insured person the attendant care benefit in the amount that was being paid before the notice under clause (2) (c) or subsection (3) was given, pending receipt of the report from the designated assessment centre.

20. (1) Subsection 42 (1) of the Regulation is revoked and the following substituted:

(1) For the purpose of determining whether an insured person is entitled to a benefit for which an application is made, an insurer may give the insured person notice requiring the insured person to be examined by one or more persons specified by the insurer, each of whom is a member of a health profession or a person with expertise in vocational rehabilitation.

(1.1) Subsection (1) does not apply in respect of an application,

- (a) for a benefit that is subject to section 37.1 or 37.2;
- (b) for a funeral benefit or death benefit; or
- (c) for a medical or rehabilitation benefit under section 14 or 15 unless the claim for the benefit is the subject of proceedings under sections 279 to 284 of the Act.

(2) Subsection 42 (2) of the Regulation is revoked and the following substituted:

(2) The notice shall state the reasons why the insurer requires the examination and shall specify a date for the examination that is at least five business days after the person receives the notice.

(3) Subsection 42 (4) of the Regulation is revoked and the following substituted:

(4) The insurer shall make reasonable efforts to schedule the examination for a time that is convenient for the insured person.

(4) Subsection 42 (7) of the Regulation is amended by striking out “seven days” and substituting “five business days”.

(5) Clauses 42 (8) (a) and (b) of the Regulation are revoked and the following substituted:

- (a) the insurer may stop payment of the benefit related to the examination until the person submits to the examination or complies with subsection (5); and
- (b) no benefit is payable for the period after the person has failed to attend the examination or failed to comply with subsection (5) and before the insured person submits to an examination under subsection (1) and complies with subsection (5).

(6) Section 42 is amended by adding the following subsections:

(9) If a person subsequently submits to an examination under subsection (1) or complies with subsection (5), the insurer,

- (a) shall resume payment of the benefit; and
- (b) shall pay all amounts that were withheld during the period of non-compliance, if the insured person provides a reasonable explanation for not attending the examination or not complying with subsection (5).

(10) No person who is member of a health profession or who has expertise in vocational rehabilitation shall examine an insured person on behalf of an insurer for the purposes of determining whether an insured person is entitled to a benefit except in accordance with this section.

21. The heading before section 43 and section 43 of the Regulation are revoked and the following substituted:

DESIGNATED ASSESSMENTS

43. (1) The following rules apply if a designated assessment is required under this Regulation:

- 1. The insurer shall notify the designated assessment centre within five business days.
- 2. The insured person and the insurer shall provide the person or persons who will conduct the designated assessment with such information as is reasonably necessary, within the same period of five business days referred to in paragraph 1.
- 3. The designated assessment centre shall promptly notify the insured person and arrange for the designated assessment.
- 4. The insured person shall submit to all reasonable physical, psychological, mental and functional examinations requested by the person or persons who conduct the designated assessment.

(2) The following rules apply if an insured person does not submit to a designated assessment arranged under subsection (1) or fails to comply with paragraph 2 or 4 of subsection (1):

- 1. The insurer may stop payment of the benefit related to the designated assessment until the insured person submits to the designated assessment and complies with paragraphs 2 and 4 of subsection (1).

2. No benefit is payable for the period after the insured person fails to submit to the designated assessment or fails to comply with paragraph 2 or 4 of subsection (1) and before the insured person subsequently submits to an examination under subsection (1) and complies with paragraphs 2 and 4 of subsection (1).
- (3) If an insured person subsequently submits to a designated assessment and is in compliance with paragraphs 2 and 4 of subsection (1), the insurer,
 - (a) shall resume payment of the benefit; and
 - (b) shall pay all amounts that were withheld during the period of non-compliance, if the insured person provides a reasonable explanation for not submitting to the designated assessment or not complying with paragraph 2 or 4 of subsection (1), as the case may be.
- (4) After conducting the designated assessment, the person or persons who conducted the designated assessment shall prepare a report and provide a copy of the report to,
 - (a) the insurer;
 - (b) the insured person; and
 - (c) the insured person's health practitioner.
- (5) Subject to subsection (11), the designated assessment centre shall deliver the report within 14 days after the completion of the designated assessment.
- (6) If the designated assessment is required under section 37 in respect of a claim for an income replacement, non-earner or caregiver benefit, the report of the designated assessment shall include a statement as to whether the insured person continues to have a disability that entitles the insured person to continue to receive the benefit.
- (7) If the designated assessment is required under section 37.2, the report of the designated assessment shall state whether the ancillary goods and services claimed in the treatment confirmation form are reasonable and necessary.
- (8) If the designated assessment is required under section 38, the report of the designated assessment shall,
 - (a) state whether the goods or services to be provided under the treatment plan are reasonable and necessary and shall include recommendations relating to the future provision of goods and services to the insured person for his or her treatment and rehabilitation, if the purpose of the designated assessment is to determine if the goods and services are reasonable and necessary; and
 - (b) state whether the impairment comes within a *Pre-approved Framework Guideline*, if the purpose of the designated assessment is to determine if the insured person has an impairment to which a *Pre-approved Framework Guideline* applies.
- (9) In the case of a designated assessment described in clause (8) (b), the report of the designated assessment centre shall also state whether the goods or services to be provided under the treatment plan are reasonable and necessary and shall include recommendations relating to the future provision of goods and services to the insured person for his or her treatment and rehabilitation, if the report states that the impairment does not come within a *Pre-approved Framework Guideline*.
- (10) If the designated assessment is required under section 38.2, the report of the designated assessment shall state whether an expense in respect of an assessment or examination is payable under section 24.
- (11) Despite subsection 53 (9), if the designated assessment is conducted to determine whether there are medical or rehabilitation benefits payable otherwise than under a *Pre-approved Framework Guideline* or the designated assessment is required under section 38.2, the designated assessment centre shall deliver its report to the insured person and the insurer within five business days after the later of,
 - (a) the day it receives the information required to be provided under paragraph 2 of subsection (1); or
 - (b) the day any conflict of interest disclosed by the designated assessment centre under section 53 in respect of the designated assessment is resolved under that section.
- (12) If an insurer fails to give a notice required under subsection (1) in accordance with that subsection, the insurer shall pay for the goods and services that are the subject of the designated assessment and that relate to the period commencing on the day the insurer was required to give the notice and ending on the day the insurer gives the notice.
- (13) If the designated assessment is required under section 39 in respect of a claim for an attendant care benefit, the report shall include,
 - (a) an assessment of attendant care needs in Form 1; and
 - (b) recommendations on the future provision of attendant care services to the insured person.
- (14) If the designated assessment is required under section 40 to determine whether an impairment is a catastrophic impairment, the report shall include a statement of whether, in the opinion of the person or persons who conducted the designated assessment, the impairment is a catastrophic impairment.

22. Subsection 47 (1) of the Regulation is amended by striking out “or” at the end of clause (b) and by adding the following clauses:

- (d) if subsection 37 (4) applies, any income replacement benefit, non-earner or caregiver benefit that is paid for the period after the insurer gives notice under subsection 37 (1) and before the date of the report of the designated assessment centre referred to in subsection 37 (4); or
- (e) fees paid by the insurer under paragraph 2 of subsection 24 (1), if the insured person fails, without a reasonable explanation, to attend a designated assessment that has been arranged, or cancels a designated assessment without providing such notice as may be specified in the *Pre-assessment Cancellation Fee Schedule* established by the committee referred to in section 52, as it may be amended from time to time, that he or she will not be attending the designated assessment.

23. Section 49 of the Regulation is revoked and the following substituted:

49. If an insurer refuses to pay a benefit under this Regulation or reduces the amount of a benefit that a person is receiving under this Regulation, the insurer shall provide the person with a written notice concerning the person’s right to dispute.

24. Section 50 of the Regulation is revoked and the following substituted:

50. (1) An insured person shall not commence a mediation proceeding under section 280 of the Act unless,

- (a) the insured person notified the insurer of the circumstances giving rise to a claim for a benefit and submitted an application for the benefit within the times prescribed by this Part;
- (b) the insured person made himself or herself reasonably available for any examination required by the insurer under section 42, other than in relation to a medical or rehabilitation benefit under section 14 or 15; and
- (c) the insured person has undergone any required designated assessment under section 43 and has complied with that section in respect of the designated assessment.

(2) Despite clause (1) (b), an insured person who does not attend an examination that has been scheduled shall not be considered to have made himself or herself reasonably available for the examination unless, before applying for mediation, the person attends a rescheduled appointment for the examination, if required by the insurer.

25. The Regulation is amended by adding the following sections:

52.1 The committee referred to in section 52 may suspend, revoke or modify a designation under section 52, subject to such terms and conditions as the committee specifies.

52.2 (1) When required by the committee referred to in section 52, every designated assessment centre shall provide the Superintendent with such information respecting the performance of its functions as the committee may require.

(2) Information required under subsection (1) shall be provided at such times and in such manner as the committee may determine and direct.

(3) The Superintendent shall review the information compiled under subsection (1) and may take such action in respect of the information as the Superintendent considers appropriate.

(4) If a designated assessment centre fails to comply with a request for information under subsection (1), the Superintendent may report the deficiency to the committee referred to in section 52.

26. The heading before section 53 and section 53 of the Regulation are revoked and the following substituted:

DESIGNATED ASSESSMENT CENTRES

53. (1) A designated assessment shall be conducted by the designated assessment centre nearest to the insured person’s residence that,

- (a) is authorized to assess impairments of the type sustained by the insured person; and
- (b) is authorized to conduct the type of designated assessment that is required.

(2) Before conducting a designated assessment, a designated assessment centre shall give the insurer and the insured person written notice disclosing any conflict of interest that the centre has relating to the designated assessment.

(3) The designated assessment centre shall give any notice required under subsection (2) in respect of a designated assessment described in subsection 43 (11) within three business days after receipt of the request for the designated assessment.

(4) If a conflict of interest is disclosed under subsection (2),

- (a) the designated assessment centre shall conduct the designated assessment if the insurer and the insured person agree;
- or

- (b) if the insurer and the insured person do not agree, the designated assessment shall be conducted, subject to subsection (2), by the designated assessment centre next nearest to the insured person's residence that,
 - (i) is authorized to assess impairments of the type sustained by the insured person, and
 - (ii) is authorized to conduct the type of designated assessment that is required.

(5) For the purposes of clause (4) (b), the insurer and the insured person shall be deemed not to agree in the case of a designated assessment described in subsection 43 (11) unless they agree by the end of the third business day after the day the insurer receives the notice under subsection (2) or the insured person receives the notice under subsection (2), whichever day is later.

(6) If the designated assessment centre determined in accordance with subsection (1) or clause (4) (b) is more than 100 kilometres from the insured person's residence, the insurer and the insured person shall endeavour to agree on one or more persons, at least one of whom is a health practitioner, who will conduct the designated assessment.

(7) If the insurer and the insured person cannot agree under subsection (6), the insured person shall be assessed at the designated assessment centre determined in accordance with subsection (1) or clause (4) (b), as the case may be.

(8) Subsections (6) and (7) do not apply to a designated assessment required under section 39 or 40 or to a designated assessment described in subsection 43 (11).

(9) Except as otherwise required under subsection 43 (11), a designated assessment centre must begin a designated assessment within 14 days after receiving a request for the designated assessment.

(10) If a designated assessment centre is unable to begin a designated assessment within 14 days after receiving the request for the assessment, the insured person or the insurer may require that, subject to subsection (2), the designated assessment be conducted by the designated assessment centre next nearest to the insured person's residence that,

- (a) is authorized to assess impairments of the type sustained by the insured person; and
- (b) is authorized to conduct the type of designated assessment that is required.

(11) For the purpose of this section, a designated assessment centre has a conflict of interest relating to a designated assessment if,

- (a) the insurer, the insured person or a lawyer or other representative acting on behalf of the insurer or the insured person has a financial interest in the designated assessment centre; or
- (b) the designated assessment centre, a related person, an assessor or consultant who will carry out all or part of the designated assessment or a facility owned or controlled, directly or indirectly, in whole or in part, by the centre or a related person,
 - (i) has provided goods or services to the person to be assessed, other than a previous designated assessment,
 - (ii) prepared or approved a treatment confirmation form under section 37.1, a treatment plan under section 38 or an application for approval of an assessment or examination under section 38.2 for the person to be assessed, or
 - (iii) is identified by a treatment confirmation form, treatment plan or an application for approval of an assessment or examination as a person who will provide goods or services to the person to be assessed.

(12) In clause (11) (b),

“related person” means, in respect of a designated assessment centre, an owner, partner or another person who has a financial interest in the designated assessment centre, but does not include a person who has a financial interest in the designated assessment centre by reason only of being a creditor who deals at arm's length with the designated assessment centre.

27. The heading before section 54 is revoked.

28. Subsections 55 (4) and (5) of the Regulation are revoked and the following substituted:

(4) If an insured person does not comply with subsection (1), the insurer may notify the insured person that the insurer intends to stop payment of the benefit in accordance with subsection (5).

(5) If at least 14 days have elapsed after a notice was given under subsection (4) and the insured person has not complied with subsection (1), the insurer may stop payment of the benefit.

(6) Section 37 does not apply in respect of a stoppage of benefits, or proposed stoppage of benefits, under this section.

(7) If, after the stoppage of benefits under subsection (5), the insured person subsequently complies with subsection (1), the insurer shall resume payment of the benefit in respect of periods after the insured person complied.

29. Subsections 56 (3), (4) and (5) of the Regulation are revoked and the following substituted:

(3) If an insured person does not comply with subsection (1), the insurer may notify the insured person that the insurer intends to stop payment of the benefit in accordance with subsection (4).

(4) If at least 14 days have elapsed after a notice is given under subsection (3) and the insured person is not in compliance with subsection (1), the insurer may stop payment of the benefit.

(5) Section 37 does not apply in respect of a stoppage of benefits, or proposed stoppage of benefits, under this section.

(6) If, after the stoppage of benefits under subsection (4), the insured person subsequently complies with subsection (1), the insurer shall resume payment of the benefit in respect of periods after the insured person complied.

30. (1) Subsection 59 (2) of the Regulation is amended by striking out “section 10 of the *Workers’ Compensation Act*” and substituting “section 30 of the *Workplace Safety and Insurance Act, 1997*.”

(2) Subsection 59 (3) of the Regulation is amended by striking out “section 10 of the *Workers’ Compensation Act*” and substituting “section 30 of the *Workplace Safety and Insurance Act, 1997*.”

(3) Subsection 59 (4) of the Regulation is amended by striking out “section 10 of the *Workers’ Compensation Act*” and substituting “section 30 of the *Workplace Safety and Insurance Act, 1997*.”

31. Clauses (a), (b) and (g) of the definition of “temporary disability benefit” in subsection 60 (3) of the Regulation are revoked and the following substituted:

(a) an income replacement or non-earner benefit paid under this Regulation, unless the benefit is paid more than 104 weeks after the onset of the disability,

(b) a caregiver benefit paid under this Regulation,

(g) benefits paid under section 37, subsection 43 (9) or subsection 147 (2) of the pre-1997 Act, as defined in Part IX of the *Workplace Safety and Insurance Act, 1997*, in respect of injuries that occurred before January 1, 1998, including benefits paid under those provisions as those provisions are deemed to have been amended by Part IX of the *Workplace Safety and Insurance Act, 1997*,

(g.1) benefits paid under subsection 43 (3) of the *Workplace Safety and Insurance Act, 1997* in respect of injuries that occurred after December 31, 1997, or

32. (1) Subsection 65 (1) of the Regulation is revoked and the following substituted:

(1) The assignment of a benefit under this Regulation, or the assignment of the right to pursue a mediation, arbitration, appeal or variation proceeding under sections 280 to 284 of the Act, is void.

(2) Clause 65 (2) (b) of the Regulation is revoked and the following substituted:

(b) an assignment of a benefit to,

(i) the Ministry of Community, Family and Children’s Services,

(ii) a delivery agent under the *Ontario Disability Support Program Act, 1997* or the *Ontario Works Act, 1997*, or

(iii) The Minister of Finance under subsection 6.1 (4) of the *Motor Vehicle Accident Claims Act*, or

33. Section 68 of the Regulation is revoked and the following substituted:

NOTICES AND DELIVERY

68. (1) All notices required or permitted under this Regulation, other than a notice under subsection 24 (1.3), 32 (1) or (3.1) or paragraph 3 of subsection 43 (1), shall be in writing.

(2) Any document, including a notice in writing, required or permitted under this Regulation to be given to a person may be delivered,

(a) by faxing the document to the person or to the solicitor or authorized representative, if any, of the person in accordance with subsection (6);

(b) by leaving a copy of the document with the solicitor or authorized representative, if any, of the person, or with an employee in the office of the solicitor or authorized representative;

(c) by personal delivery to the person; or

(d) by letter mail, certified mail or registered mail,

(i) in the case of an insurer, addressed to the insurer or its chief executive officer at the insurer’s head office in Ontario as identified in the records of the Superintendent, or

(ii) in the case of a person other than an insurer, addressed to the person at his or her last known address.

(3) Despite clause (2) (d), any notice or other document that must be given within five or fewer business days shall not be delivered by letter mail, certified mail or registered mail.

(4) If an attempt is made to personally deliver a document to a person at his or her place of residence and, for any reason, it is not possible to personally deliver the document to the person, the document may be delivered by,

- (a) leaving a copy, in a sealed envelope addressed to the person, at the person's place of residence with anyone who appears to be an adult member of the same household; and
- (b) mailing, on the same or the following day, another copy of the document to the person, addressed to his or her place of residence.

(5) In the absence of evidence to the contrary, a person is deemed to receive anything delivered by letter mail, certified mail or registered mail under clause (2) (d) or delivered to his or her place of residence under subsection (4) on the fifth business day after the day the document is mailed in accordance with clause (2) (d) or subsection (4).

(6) A document that is delivered by fax must include a cover page indicating,

- (a) the sender's name, address and telephone number;
- (b) the name of the person for whom the document is intended;
- (c) the date of the accident to which the document relates;
- (d) the name, address and telephone number of the person to whom the document relates;
- (e) the date and time the fax is sent;
- (f) the total number of pages faxed, including the cover page;
- (g) the telephone number from which the document is faxed; and
- (h) the name and telephone number of a person to contact in the event of transmission problems with the fax.

(7) A document delivered in accordance with clause (2) (a), (b) or (c) after 5 p.m. local time of the recipient shall be deemed to be delivered on the next business day.

(8) Despite subclause (2) (d) (i) and subsections (5) and (7), if the insurer provides the name and address of a contact person to whom documents are to be delivered, anything delivered to the insurer that is not addressed to the attention of the contact person at that address shall not be considered to have been delivered to the insurer until it is received by the contact person.

(9) A reference in this Regulation to a number of days between two events shall be read as excluding the day on which the first event happens and including the day on which the second event happens.

(10) Subject to subsection (11), if any provision of this Regulation requires a person to do anything within a time period expressed in days or business days, the time period is deemed to expire on the last day of the time period at 5 p.m. local time.

(11) If a time period in which a person is required to do anything expires on a day that is not a business day, the time period is deemed to expire on the next day that is a business day at 5 p.m. local time.

(12) For the purposes of subsections (10) and (11), if the person delivering a document or notice and the person to whom the document or notice is to be delivered are in different time zones, references to 5 p.m. local time shall be read as references to the time when it is 5 p.m. in one time zone and after 5 p.m. in the other time zone.

34. Section 69 of the Regulation is revoked and the following substituted:

69. Each of the following documents shall be in a form approved by the Superintendent:

- 1. An application form referred to in clause 32 (2) (a).
- 2. A certificate required under section 34.
- 3. A notice under section 36.
- 4. A notice under subsection 37 (1).
- 5. A treatment confirmation form under section 37.1.
- 6. An application referred to in section 38, including the treatment plan.
- 7. An application under section 38.2.
- 8. An application under subsection 40 (1).
- 9. A notice under subsection 40 (2).
- 10. A report of a designated assessment.
- 11. An explanation under section 45.
- 12. A notice under section 49.

35. The Regulation is amended by adding the following section:

70.1 Form 1, as it read on September 30, 2003, continues to apply in respect of accidents occurring before October 1, 2003.

36. Form 1 is revoked and the following substituted:

**Form 1
ASSESSMENT OF ATTENDANT CARE NEEDS**

Insurance Act

Return this form to:

**Assessment of Attendant
Care Needs
(Form 1)**

Policy No.
Claim No.

Use this form to report the future needs for attendant care required by the applicant as a result of an automobile accident that occurs on or after October 1, 2003. This form must be completed by a member of a health profession who is authorized by law to treat the person's impairment (in this form referred to as a regulated health professional). This form has five parts:

- Part 1: Level 1 Attendant Care
- Part 2: Level 2 Attendant Care
- Part 3: Level 3 Attendant Care
- Part 4: Calculation of Attendant Care Costs
- Part 5: Signature of Assessor(s)

Please complete all relevant parts. You will have to make copies and give one to:

- the applicant
- the applicant's health practitioner
- the applicant's insurance company

Please note: Users of Form 1 should also review other accident benefits available under the Statutory Accident Benefits Schedule for possible reimbursement of other losses and expenses (such as housekeeping and home maintenance, transportation, home modifications and other medical and rehabilitation expenses).

Applicant's Name	Applicant's Name	Date of Birth	
	Street Address	Date of Accident	
	City	Province	Postal Code
	Name of Policyholder (if different than above)	Policy No.	

What is the date of this assessment?

Is this the first assessment of this applicant? Yes No

Date of Last Assessment
Current Monthly Allowance

Applicant's Health Practitioner	Name of Health Practitioner	Telephone No.
	Facility or Institution	
	Street Address	
	City	Province

Insurance Company	Name	Telephone No.	
	Street Address		
	City	Province	Postal Code
	Name of Policyholder	Policy No.	

**Part 1:
Level 1
Attendant Care**

Level 1 attendant care is for routine personal care. Please assess the care requirements of the applicant for each activity listed. Estimate the time it takes to perform each activity, and the number of times each week it should be performed. Multiply the number of minutes by the number of times each week the activity should be performed to get the total number of minutes per week for each activity.

		Number of Minutes X	Times per week =	Total minutes per week
Dress	Upper Body (for example, underwear, shirt/blouse, sweater, tie, jacket, gloves, jewelry)			
	Lower Body (for example, underwear, disposable briefs, skirt/pants, socks, panty hose, slippers, shoes)			
	Subtotal			
Undress	Upper Body (for example, underwear, shirt/blouse, sweater, tie, jacket, gloves, jewelry)			
	Lower Body (for example, underwear, disposable briefs, skirt/pants, socks, panty hose, slippers, shoes)			
	Subtotal			
Prosthetics	applies upper/lower limb prosthesis and stump sock(s)			
	exchanges terminal devices and adjusts prosthesis as required			
	ensures prosthesis is properly maintained and in good working condition			
	Subtotal			
Orthotics	assists dressing applicant using prescribed orthotics (for example, burn garment(s), brace(s), supports, splints, elastic stockings)			
	Subtotal			
Grooming	Face: wash, rinse, dry, morning and evening			
	Hands: wash, rinse, dry, morning and evening, before and after meals, and after elimination			
	Shaving: shaves applicant using an electric/safety razor			
	Cosmetics: applies makeup as desired or required			
	Hair:			
	brushes/combs as required			
	shampoos, blow/towel dries			
	performs styling, set and comb-out			
	Fingernails: cleans and manicures as required			
	Toenails: cleans and trims as required			
Subtotal				

Part 1 continued ...

		Number of Minutes X	Times per week =	Total minutes per week
Feeding	prepares applicant for meals (Includes transfer to appropriate location)			
	provides assistance, either in whole or in part, in preparing, serving and feeding meals			
Subtotal				
Mobility (location change)	assists applicant from a sitting position (for example, wheelchair, chair, sofa)			
	supervises/assists in walking			
	performs transfer needs as required (for example, bed to wheelchair, wheelchair to bed)			
Subtotal				
Extra Laundering	launders applicant's bedding and clothing as a result of incontinence/spillage			
	launders/cleans orthotic supplies that require special care			
Subtotal				

Part 1 Total — Add all Part 1 Subtotals. Fill in total here and in Part 4 on Page 7.

**Part 2:
Level 2
Attendant Care**

Level 2 Attendant Care is for basic supervisory functions. Please assess the care requirements of the applicant for each activity listed. Estimate the time it takes to perform each activity, and the number of times each week it should be performed. Multiply the number of minutes by the number of times each week the activity should be performed to get the total number of minutes per week for each activity.

		Number of Minutes X	Times per week =	Total minutes per week
Hygiene	Bathroom			
	cleans tub/shower/sink/toilet after applicant's use			
	Bedroom			
	changes applicant's bedding, makes bed, cleans bedroom, including Hoyer lifts, overhead bars, bedside tables			
	ensures comfort, safety and security in this environment			
	Clothing Care			
	assists in preparing daily wearing apparel			
	hangs clothes and sorts clothing to be laundered/cleaned			
Subtotal				

Part 2 continued...

Basic Supervisory Care

	Number of Minutes X	Times per week =	Total minutes per week
applicant lacks the capacity to reattach tubing if it becomes detached from the trachea			
applicant requires assistance to transfer from wheelchair, periodic turning, genitourinary care			
applicant lacks the ability to independently get in and out of a wheelchair or to be self-sufficient in an emergency			
applicant lacks ability to respond to an emergency or needs custodial care due to changes in behaviour			
Subtotal			

Co-ordination of Attendant Care

	Number of Minutes X	Times per week =	Total minutes per week
applicant requires assistance in co-ordinating/scheduling attendant care (maximum 1 hour per week)			
Subtotal			

Part 2 Total — Add all Part 2 Subtotals. Fill in total here and in Part 4 on Page 7.

**Part 3:
Level 3
Attendant Care**

Level 3 attendant care is for complex health/care and hygiene functions. Please assess the care requirements of the applicant for each activity listed. Estimate the time it takes to perform each activity, and the number of times each week it should be performed. Multiply the number of minutes by the number of times each week the activity should be performed to get the total number of minutes per week for each activity.

		Number of Minutes X	Times per week =	Total minutes per week
Genitourinary Tracts	performs catheterizations			
	positions, empties and cleans drainage systems			
	cleans applicant and equipment after procedure/incontinence			
	uses disposable briefs as required			
	attends to menstrual cycle needs as required			
	monitors residuals			
	Subtotal			
Bowel Care	administers enemas or suppositories and performs stimulation or disimpaction			
	performs colostomy and/or ileostomy care			
	positions, empties and cleans drainage systems, including Ilio-conduits			
	uses disposable briefs as required			
	cleans applicant and equipment after procedure/evacuation			
	Subtotal			
Tracheostomy Care	changes and cleans inner and outer cannulae as needed			
	changes tapes as required			
	performs suctioning as required			
	cleans and maintains suction equipment			
	Subtotal			
Ventilator Care	ensures volume rate and pressure are maintained as prescribed			
	maintains humidification as specified			
	changes and cleans tubing and filters as required			
	cleans humidification system as required			
	adjusts settings according to applicant needs (for example, colds, congestion)			
	reattaches tubing if it becomes detached			
	Subtotal			
Exercise	assists applicant with prescribed exercise/stretching program			
	assists applicant with walking activities using crutches, canes, braces and/or walker			
	Subtotal			

Part 3 continued ...

		Number of Minutes X	Times per week =	Total minutes per week
Skin Care (excluding bathing)	attends to skin care needs – wounds, sores, eruptions, (amputees, severe burns, spinal cord injuries, etc.)			
	applies medication and prescribed dressings			
	applies creams, lotions, pastes, ointments, powders as prescribed or required			
	checks body area(s) for evidence of pressure sores, skin breakdown or eruptions			
	periodic turning to prevent or minimize pressure sores and skin breakdown/shearing			
Subtotal				

Medication	Oral			
	administers prescribed medications			
	monitors medication intake and effect			
	maintains and controls medication supply			
	Injections			
	administers prescribed medications			
	monitors medication intake and effect			
	maintains and controls medication supply			
	Inhalation/Oxygen Therapy			
	administers prescribed dosage as required			
	maintains and controls inhalation supplies			
	cleans and maintains equipment			
	Subtotal			

Bathing	Bathtub or Shower			
	transfers applicant to and from bed, wheelchair or Hoyer lifts to bathtub or shower			
	bathes and dries applicant			
	applies creams, lotions, pastes, ointments, powders as prescribed or required			
	Bed Bath			
	prepares equipment			
	bathes and dries applicant			
	applies creams, lotions, pastes, ointments, powders as prescribed or required			
	cleans and maintains bed/bath equipment			
	Oral Hygiene			
	brushes and flosses			
	cleanses mouth as required			
	cleans dentures as required			
Subtotal				

Part 3 continued ...

		Number of Minutes X	Times per week =	Total minutes per week
Other Therapy	Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS)			
	prepares equipment			
	administers treatment as prescribed or required			
	Dorsal Column Stimulation (DCS)			
	monitors skin			
	maintains equipment			
Subtotal				
Maintenance of Supplies and Equipment	monitors, orders and maintains required supplies/equipment			
	ensures wheelchairs, prosthetic devices, Hoyer lifts, shower commodes and other specialized medical equipment and assistive devices are safe and secure			
Subtotal				
Skilled Supervisory Care	applicant requires skilled supervisory care for violent behaviour that may result in physical harm to themselves or others			
Subtotal				
Part 3 Total – Add all Part 3 Subtotals. Fill in total here and below.				

**Part 4:
Calculation of
Attendant Care
Costs**

This part must be completed by the assessor. Calculate the monthly attendant care allowance for Part 1, 2 and 3. The sum of all three parts will be the Total Assessed Monthly Attendant Care Benefit.

	Total Minutes per Week	+ 60 =	Total Weekly Hours	x 4.3 =	Total Monthly Hours	x	Hourly Rate	=	Monthly Care Benefit
Part 1 (from Pg. 3)		+ 60 =		x 4.3 =		x	\$10.53	=	\$
Part 2 (from Pg. 4)		+ 60 =		x 4.3 =		x	\$ 7.00	=	\$
Part 3 (from Pg. 7)		+ 60 =		x 4.3 =		x	\$16.86	=	\$

Total Assessed Monthly Attendant Care Benefit
(This amount is subject to the limits allowed under the Statutory
Accident Benefits Schedule)

\$

**Part 5:
Signature(s) of
Assessor(s)
(Regulated
Health
Professional(s))**

Name of Regulated Health Professional			Registration Number			You are a: <input type="checkbox"/> Chiropractor <input type="checkbox"/> Dentist <input type="checkbox"/> Massage Therapist <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> Occupational Therapist <input type="checkbox"/> Optometrist <input type="checkbox"/> Physician <input type="checkbox"/> Physiotherapist <input type="checkbox"/> Psychologist <input type="checkbox"/> Speech Language Pathologist <input type="checkbox"/> Other _____
Facility Name (if applicable)			AISI number (if applicable)			
Street Address						
City	Province	Postal Code				
Telephone Number	Extension	Fax Number				
Email Address						
I confirm that, to the best of my knowledge, the information in this form is accurate. I have obtained the appropriate consent from the applicant for the collection, use and disclosure of the information submitted.						
Signature of Regulated Health Professional				Date (YYYYMMDD)		

37. This Regulation comes into force on the later of October 1, 2003 and the day it is filed.

RÈGLEMENT DE L'ONTARIO 281/03

pris en application de la

LOI SUR LES ASSURANCESpris le 25 juin 2003
déposé le 2 juillet 2003

modifiant le Règl. de l'Ont. 403/96

(Annexe sur les indemnités d'accidents légales — Accidents survenus le 1^{er} novembre 1996 ou après ce jour)Remarque : Le Règlement de l'Ontario 403/96 a été modifié antérieurement. Ces modifications sont indiquées dans la Table des règlements publiée dans la *Gazette de l'Ontario* du 18 janvier 2003.**1. (1) La définition de «déficience invalidante» au paragraphe 2 (1) du Règlement de l'Ontario 403/96 est abrogée.****(2) La définition de «praticien de la santé» au paragraphe 2 (1) du Règlement est modifiée par adjonction des alinéas suivants :**

b.1) d'un ergothérapeute;

f) d'une infirmière autorisée ou d'un infirmier autorisé titulaire d'un certificat d'inscription supérieur;

g) d'un orthophoniste.

(3) Le paragraphe 2 (1) du Règlement est modifié par adjonction des définitions suivantes :

«directive» S'entend de ce qui suit :

- a) une directive formulée par le surintendant aux termes du paragraphe 268.3 (1) de la Loi qui est publiée dans la *Gazette de l'Ontario*;
- b) une directive relative à un cadre de traitement préapprouvé;
- c) une directive concernant la tarification des services professionnels, la *Directive concernant les frais de transport* ou la *Directive concernant l'indexation optionnelle des indemnités*, publiées dans la *Gazette de l'Ontario* par la Commission des assurances de l'Ontario ou la Commission des services financiers de l'Ontario;
- d) une directive publiée dans la *Gazette de l'Ontario* qui est une version modifiée d'une directive visée à l'alinéa a), b) ou c). («*Guideline*»)

«directive relative à un cadre de traitement préapprouvé» Directive qui:

- a) d'une part, est formulée par le surintendant aux termes du paragraphe 268.3 (1.1) de la Loi et publiée dans la *Gazette de l'Ontario*;
- b) d'autre part, établit un cadre de traitement à l'égard d'une ou de plusieurs déficiences. («*Pre-approved Framework Guideline*»)

«ergothérapeute» Personne que la loi autorise à exercer l'ergothérapie. («*occupational therapist*»)«évaluation désignée» Évaluation effectuée par un centre d'évaluation désigné, ou à l'égard de laquelle un tel centre a pris les dispositions nécessaires, aux termes de l'article 43. («*designated assessment*»)«infirmière autorisée ou infirmier autorisé titulaire d'un certificat d'inscription supérieur» Personne que la loi autorise à exercer la profession d'infirmière ou d'infirmier et qui est titulaire d'un certificat d'inscription supérieur délivré en vertu de la *Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers*. («*registered nurse with an extended certificate of registration*»)

«jour ouvrable» Jour qui n'est :

- a) ni un samedi;
- b) ni un jour férié, au sens du paragraphe 29 (1) de la *Loi d'interprétation*, sauf le lundi de Pâques et le jour du Souvenir. («*business day*»)

«orthophoniste» Personne que la loi autorise à exercer l'orthophonie. («*speech-language pathologist*»)**(4) La définition de «plan de traitement» au paragraphe 2 (1) du Règlement est abrogée.****(5) L'article 2 du Règlement est modifié par adjonction des paragraphes suivants :**

(1.1) Pour l'application du présent règlement, une déficience invalidante causée par un accident qui survient avant le 1^{er} octobre 2003 s'entend de l'un ou l'autre des états suivants :

- a) la paraplégie ou la quadriplégie;
- b) l'amputation des deux bras ou une autre déficience entraînant la perte totale et permanente de leur utilisation;
- c) l'amputation à la fois d'un bras et d'une jambe ou une autre déficience entraînant la perte totale et permanente de leur utilisation;
- d) la cécité complète;
- e) une déficience cérébrale qui, à l'égard d'un accident, se traduit :
 - (i) soit par un résultat de 9 ou moins selon la classification appelée «Glasgow Coma Scale», telle qu'elle figure dans l'ouvrage de B. Jennett et G. Teasdale intitulé *Management of Head Injuries*, Contemporary Neurology Series, volume 20, F.A. Davis Company, Philadelphia, 1981, d'après une épreuve administrée dans un délai raisonnable après l'accident par une personne formée à cette fin,
 - (ii) soit par un résultat de 2 (vegetative) ou 3 (severe disability) selon la classification appelée «Glasgow Outcome Scale», telle qu'elle figure dans l'article de B. Jennett et M. Bond intitulé *Assessment of Outcome After Severe Brain Damage*, Lancet i:480, 1975, d'après une épreuve administrée plus de six mois après l'accident par une personne formée à cette fin;
- f) sous réserve des paragraphes (2) et (3), toute déficience ou combinaison de déficiences qui, selon l'ouvrage de l'American Medical Association intitulé *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 4^e édition, 1993, se traduit par une déficience d'au moins 55 pour cent de l'organisme dans son ensemble;
- g) sous réserve des paragraphes (2) et (3), toute déficience qui, selon l'ouvrage de l'American Medical Association intitulé *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 4^e édition, 1993, se traduit par une déficience de catégorie 4 (marked impairment) ou de catégorie 5 (extreme impairment) causée par un trouble mental ou un trouble du comportement.

(1.2) Pour l'application du présent règlement, une déficience invalidante causée par un accident qui survient après le 30 septembre 2003 s'entend de l'un ou l'autre des états suivants :

- a) la paraplégie ou la quadriplégie;
- b) l'amputation des deux bras ou des deux jambes ou une autre déficience entraînant la perte totale et permanente de leur utilisation;
- c) l'amputation à la fois d'un ou des deux bras et d'une ou des deux jambes ou une autre déficience entraînant la perte totale et permanente de leur utilisation;
- d) la cécité complète;
- e) sous réserve du paragraphe (1.4), une déficience cérébrale qui, à l'égard d'un accident, se traduit :
 - (i) soit par un résultat de 9 ou moins selon la classification appelée «Glasgow Coma Scale», telle qu'elle figure dans l'ouvrage de B. Jennett et G. Teasdale intitulé *Management of Head Injuries*, Contemporary Neurology Series, volume 20, F.A. Davis Company, Philadelphia, 1981, d'après une épreuve administrée dans un délai raisonnable après l'accident par une personne formée à cette fin,
 - (ii) soit par un résultat de 2 (vegetative) ou 3 (severe disability) selon la classification appelée «Glasgow Outcome Scale», telle qu'elle figure dans l'article de B. Jennett et M. Bond intitulé *Assessment of Outcome After Severe Brain Damage*, Lancet i:480, 1975, d'après une épreuve administrée plus de six mois après l'accident par une personne formée à cette fin;
- f) sous réserve des paragraphes (1.4), (2.1) et (3), toute déficience ou combinaison de déficiences qui, selon l'ouvrage de l'American Medical Association intitulé *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 4^e édition, 1993, se traduit par une déficience d'au moins 55 pour cent de l'organisme dans son ensemble;
- g) sous réserve des paragraphes (1.4), (2.1) et (3), toute déficience qui, selon l'ouvrage de l'American Medical Association intitulé *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 4^e édition, 1993, se traduit par une déficience de catégorie 4 (marked impairment) ou de catégorie 5 (extreme impairment) causée par un trouble mental ou un trouble du comportement.

(1.3) Le paragraphe (1.4) s'applique si une personne assurée est âgée de moins de 16 ans au moment de l'accident et que ni la classification appelée «Glasgow Coma Scale», ni la classification appelée «Glasgow Outcome Scale» ni l'ouvrage de l'American Medical Association intitulé *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 4^e édition, 1993, visés à l'alinéa (1.2) e), f) ou g), ne peuvent s'appliquer en raison de l'âge de la personne assurée.

(1.4) Pour l'application des alinéas (1.2) e), f) et g), la déficience dont souffre une personne assurée visée au paragraphe (1.3) à la suite d'un accident et dont il est raisonnable de croire qu'elle constitue une déficience invalidante est réputée la déficience qui se rapproche le plus de celle visée à l'alinéa (1.2) e), f) ou g), compte tenu de ses répercussions sur le développement.

(6) Le paragraphe 2 (2) du Règlement est modifié par substitution de ce qui suit au passage qui précède l'alinéa a) :

(2) Les alinéas (1.1) f) et g) ne s'appliquent à l'égard de la personne assurée qui souffre d'une déficience à la suite d'un accident qui survient avant le 1^{er} octobre 2003 que si, selon le cas :

(7) L'article 2 du Règlement est modifié par adjonction du paragraphe suivant :

(2.1) Les alinéas (1.2) f) et g) ne s'appliquent à l'égard de la personne assurée qui souffre d'une déficience à la suite d'un accident qui survient après le 30 septembre 2003 que si, selon le cas :

- a) le praticien de la santé de la personne assurée déclare par écrit que l'état de celle-ci ne cessera vraisemblablement pas d'être une déficience invalidante;
- b) une période de deux ans s'est écoulée depuis l'accident.

(8) Le paragraphe 2 (3) du Règlement est modifié par substitution de «des alinéas (1.1) f) et g) et (1.2) f) et g),» à «des alinéas f) et g) de la définition de «déficience invalidante» au paragraphe (1),».

2. (1) Le paragraphe 7 (1) du Règlement est modifié par substitution de ce qui suit au passage qui précède la disposition 1 :

(1) Malgré les paragraphes 6 (1) et (5), mais sous réserve du paragraphe 6 (2), le montant hebdomadaire de l'indemnité de remplacement de revenu payable à une personne correspond au moindre des montants suivants :

(2) La disposition 1 du paragraphe 7 (1) du Règlement est modifiée par substitution de ce qui suit au passage qui précède la sous-disposition i :

- 1. Le montant calculé aux termes des paragraphes 6 (1) et (5), déduction faite des montants suivants :

(3) Le paragraphe 7 (2) du Règlement est modifié par substitution de ce qui suit au passage qui précède l'alinéa a) :

(2) Pour l'application de la disposition 1 du paragraphe (1), aucun des montants suivants ne doit être déduit du montant calculé aux termes des paragraphes 6 (1) et (5) :

3. Le paragraphe 14 (4) du Règlement est abrogé et remplacé par ce qui suit :

(4) L'assureur n'est pas tenu de verser une indemnité pour frais médicaux pour les frais liés aux services professionnels visés à l'alinéa (2) a), b) ou h) fournis à la personne assurée s'ils sont supérieurs au tarif ou au montant maximal de frais calculé suivant les directives applicables à la demande d'indemnité.

(4.1) Si les directives applicables à la demande d'indemnité fixent une fourchette de tarifs ou de montants pour les frais liés aux services professionnels fournis à la personne assurée :

- a) d'une part, le tarif ou le montant le plus élevé de la fourchette est réputé, pour l'application du paragraphe (4), le tarif ou le montant maximal calculé suivant les directives applicables à la demande;
- b) d'autre part, l'assureur qui est tenu de verser une indemnité pour frais médicaux pour les frais liés aux services visés à l'alinéa (2) a), b) ou h) ne doit pas verser un montant inférieur au montant ou au tarif le moins élevé de la fourchette, sauf si la demande de la personne assurée porte sur un montant ou un tarif moindre.

4. (1) L'alinéa 15 (5) k) du Règlement est abrogé et remplacé par ce qui suit :

- 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;

(2) Le paragraphe 15 (6) du Règlement est abrogé et remplacé par ce qui suit :

(6) L'assureur n'est pas tenu de verser une indemnité de réadaptation pour les frais liés aux services professionnels visés à l'un ou l'autre des alinéas (5) a) à g) ou à l'alinéa (5) l) fournis à la personne assurée s'ils sont supérieurs au tarif ou au montant maximal de frais calculé suivant les directives applicables à la demande d'indemnité.

(6.1) Si les directives applicables à la demande d'indemnité fixent une fourchette de tarifs ou de montants pour les frais liés aux services professionnels fournis à la personne assurée :

- a) d'une part, le tarif ou le montant le plus élevé de la fourchette est réputé, pour l'application du paragraphe (6), le tarif ou le montant maximal calculé suivant les directives applicables à la demande;
- b) d'autre part, l'assureur qui est tenu de verser une indemnité de réadaptation pour les frais liés aux services visés à l'un ou l'autre des alinéas (5) a) à g) ou à l'alinéa (5) l) ne doit pas verser un montant inférieur au montant ou au tarif le moins élevé de la fourchette, sauf si la demande de la personne assurée porte sur un montant ou un tarif moindre.

(3) Le paragraphe 15 (12) du Règlement est modifié par substitution de «d'une séance de consultation ou de formation» à «d'une séance de consultation, d'une séance de formation ou d'une évaluation».

5. Le paragraphe 16 (5) du Règlement est abrogé et remplacé par ce qui suit :

(5) Le montant de l'indemnité de soins auxiliaires payable à l'égard de la personne assurée ne doit pas être supérieur à celui fixé conformément aux règles suivantes :

1. Si l'accident s'est produit avant le 1^{er} octobre 2003, le montant de l'indemnité de soins auxiliaires payable à l'égard de la personne assurée ne doit pas être supérieur :
 - i. à 3 000 \$ par mois, si elle ne souffre pas d'une déficience invalidante à la suite de l'accident,
 - ii. à 6 000 \$ par mois, si elle souffre d'une déficience invalidante à la suite de l'accident.
2. Si l'accident est survenu le 1^{er} octobre 2003 ou après cette date et que l'indemnité optionnelle pour frais médicaux, de réadaptation et de soins auxiliaires visée à l'article 27 n'a pas été souscrite et ne vise pas la personne assurée, le montant de l'indemnité de soins auxiliaires payable à son égard ne doit pas être supérieur :
 - i. à 3 000 \$ par mois, si elle ne souffre pas d'une déficience invalidante à la suite de l'accident,
 - ii. à 6 000 \$ par mois, si elle souffre d'une déficience invalidante à la suite de l'accident.
3. Si l'accident est survenu le 1^{er} octobre 2003 ou après cette date et que l'indemnité optionnelle pour frais médicaux, de réadaptation et de soins auxiliaires visée à l'article 27 a été souscrite et vise la personne assurée, le montant de l'indemnité de soins auxiliaires payable à son égard ne doit pas être supérieur au plafond mensuel fixé pour cette indemnité optionnelle.

6. L'article 17 du Règlement est abrogé et remplacé par ce qui suit :

17. (1) L'assureur paie tous les frais raisonnables et nécessaires engagés par la personne assurée ou pour son compte à la suite de l'accident pour les services fournis, conformément à un plan de traitement, par un gestionnaire de cas ayant les qualités requises :

- a) soit si elle souffre d'une déficience invalidante à la suite de l'accident;
- b) soit si l'accident est survenu le 1^{er} octobre 2003 ou après cette date et que l'indemnité optionnelle pour frais médicaux, de réadaptation et de soins auxiliaires visée à l'article 27 a été souscrite et la vise.

(2) L'assureur n'est pas tenu, aux termes du paragraphe (1), de payer les frais liés aux services professionnels fournis à la personne assurée s'ils sont supérieurs au tarif ou au montant maximal de frais calculé aux termes des directives applicables à la demande d'indemnité.

(3) Si les directives applicables à la demande d'indemnité fixent une fourchette de tarifs ou de montants pour les frais liés aux services professionnels fournis à la personne assurée :

- a) d'une part, le tarif ou le montant le plus élevé de la fourchette est réputé, pour l'application du paragraphe (2), le tarif ou le montant maximal calculé aux termes des directives applicables à la demande;
- b) d'autre part, l'assureur qui est tenu, aux termes du paragraphe (1), de payer les frais liés aux services fournis à la personne assurée ne doit pas verser un montant inférieur au montant ou au tarif le moins élevé de la fourchette, sauf si la demande de la personne assurée porte sur un montant ou un tarif moindre.

7. (1) Les paragraphes 24 (1) et (2) du Règlement sont abrogés et remplacés par ce qui suit :

(1) L'assureur paie les frais suivants engagés par la personne assurée ou pour son compte :

1. Les honoraires raisonnables exigés par les personnes suivantes :
 - i. un praticien de la santé qui prépare un certificat d'invalidité visé à l'article 34,
 - ii. un praticien de la santé qui examine et, le cas échéant, approuve un plan de traitement visé à l'article 38,
 - iii. un membre d'une profession de la santé qui prépare une demande d'approbation d'une évaluation ou d'un examen visée à l'article 38.2,
 - iv. un membre d'une profession de la santé qui prépare une évaluation des besoins en soins auxiliaires visée à l'article 39,

- v. un praticien de la santé qui prépare une demande visant à déterminer l'existence d'une déficience invalidante visée à l'article 40.
2. Les honoraires exigés à l'égard de ce qui suit :
 - i. une évaluation désignée de la personne assurée,
 - ii. pour l'application de l'article 37.1, la préparation d'une formule de confirmation de traitement par un praticien de la santé conformément à une directive relative à un cadre de traitement préapprouvé,
 - iii. pour l'application de l'article 37.1, une évaluation ou un examen et la préparation d'un rapport par un membre d'une profession de la santé conformément à une directive relative à un cadre de traitement préapprouvé.
 3. Les honoraires raisonnables, autres que ceux visés à la disposition 1 ou à la sous-disposition 2 iii, qu'exige un membre d'une profession de la santé pour procéder à une évaluation ou à un examen et pour préparer un rapport, si l'évaluation ou l'examen et le rapport sont raisonnablement nécessaires dans le cadre d'une demande d'indemnité ou de la préparation d'un plan de traitement, d'un certificat d'invalidité, d'une évaluation des besoins en soins auxiliaires selon la formule 1 ou d'une demande de détermination de l'existence d'une déficience invalidante et que, selon le cas :
 - i. l'évaluation ou l'examen et la préparation du rapport :
 - A. d'une part, ont trait à des biens ou à des services accessoires visés à l'article 37.2,
 - B. d'autre part, sont des services prévus par une formule de confirmation de traitement présentée conformément à l'article 37.1,
 - ii. la personne assurée demande l'approbation des frais dans le cadre d'un plan de traitement visé à l'article 38 ou présente une demande d'approbation d'une évaluation ou d'un examen visée à l'article 38.2.
- (1.1) L'assureur n'est pas tenu de payer les frais visés à la sous-disposition 3 ii du paragraphe (1) qui sont engagés :
- a) soit avant d'avoir obtenu son approbation;
 - b) soit avant qu'il ne soit procédé à une évaluation désignée et que le rapport de la ou des personnes qui y ont procédé ne soit remis à la personne assurée et à l'assureur, dans le cas où une demande d'approbation d'une évaluation ou d'un examen a été présentée en vertu de l'article 38.2 et refusée par l'assureur.
- (1.2) Malgré le paragraphe (1.1), l'approbation préalable de l'assureur n'est pas exigée pour ce qui suit :
1. Une évaluation ou un examen effectué aux fins de la préparation d'un plan de traitement visé à l'article 38, dans des circonstances où un risque immédiat d'effets néfastes pour la personne assurée ou une personne dont elle assure les soins rend difficile l'obtention de l'approbation préalable de l'assureur.
 2. Au plus trois évaluations ou examens effectués aux fins de la préparation d'un plan de traitement visé à l'article 38 si les conditions suivantes sont réunies :
 - i. la personne assurée n'a pas reçu de traitement suivant une directive relative à un cadre de traitement préapprouvé,
 - ii. le coût de chaque évaluation ou examen n'est pas supérieur à 180 \$,
 - iii. la même personne ne procède qu'à une seule évaluation ou à un seul examen.
 3. Une seule évaluation ou un seul examen effectué aux fins de la préparation d'un plan de traitement visé à l'article 38 si les conditions suivantes sont réunies :
 - i. la personne assurée a reçu un traitement suivant une directive relative à un cadre de traitement préapprouvé,
 - ii. le coût de l'évaluation ou de l'examen n'est pas supérieur à 180 \$,
 - iii. la personne qui procède à l'évaluation ou à l'examen n'a pas fourni de biens ou de services à la personne assurée suivant une directive relative à un cadre de traitement préapprouvé à l'égard du même accident.
 4. Une évaluation ou un examen effectué aux fins de la préparation d'un certificat d'invalidité visé à l'article 34, si le coût de l'évaluation ou de l'examen n'est pas supérieur à 180 \$.
 5. Une évaluation ou un examen effectué aux fins de la préparation d'une évaluation des besoins en soins auxiliaires visée à l'article 39, mais non une évaluation ou un examen se rapportant à une déficience visée dans une directive relative à un cadre de traitement préapprouvé, à moins que celle-ci n'indique expressément que l'approbation préalable de l'assureur n'est pas exigée pour l'évaluation ou l'examen.
 6. Une évaluation ou un examen effectué afin de déterminer si la personne assurée souffre d'une déficience invalidante, si elle est hospitalisée ou réside dans un établissement de soins prolongés lors de l'évaluation ou de l'examen.

7. Une évaluation ou un examen effectué après que l'assureur avise la personne assurée qu'il n'exige pas, avant l'évaluation ou l'examen, que lui soit présenté un plan de traitement visé à l'article 38 ou une demande d'approbation d'une évaluation ou d'un examen visée à l'article 38.2.
8. Une évaluation ou un examen effectué suivant les dispositions d'une directive qui l'autorise sans l'approbation préalable de l'assureur.

(1.3) Si l'approbation de l'assureur est exigée et est demandée à l'égard d'une évaluation ou d'un examen auquel il doit être procédé aux fins de la préparation d'un plan de traitement, il donne un avis indiquant s'il a ou non l'intention d'accepter de payer pour l'évaluation ou l'examen :

- a) au plus tard deux jours ouvrables après avoir reçu la demande, si le montant exigé pour l'évaluation n'est pas supérieur à 180 \$;
- b) au plus tard cinq jours ouvrables après avoir reçu la demande, si le montant exigé est supérieur à 180 \$.

(1.4) L'avis exigé au paragraphe (1.3) peut être donné oralement à la personne assurée, au membre de la profession de la santé qui a l'intention de procéder à l'évaluation ou à l'examen ou aux deux si, dès que possible par la suite, il est confirmé par écrit à la personne assurée et, s'il a été donné oralement au membre de la profession de la santé, à ce dernier également.

(1.5) L'assureur qui ne fournit pas l'avis exigé au paragraphe (1.3) dans le délai prévu à ce paragraphe est réputé avoir accepté de payer pour l'évaluation ou l'examen.

(1.6) Sous réserve du paragraphe (4), l'assureur paie les frais de transport raisonnables engagés par la personne assurée ou pour son compte pour le transport aller-retour de celle-ci aux fins d'une évaluation ou d'un examen visé au paragraphe (1), y compris les frais de transport d'un aide, le cas échéant.

(2) L'assureur n'est pas tenu, aux termes du paragraphe (1), de payer les frais liés à des services professionnels fournis à la personne assurée s'ils sont supérieurs au tarif ou au montant maximal de frais calculé suivant les directives applicables à la demande d'indemnité.

(2.1) Si les directives applicables à la demande d'indemnité fixent une fourchette de tarifs ou de montants pour les frais liés aux services professionnels fournis à la personne assurée :

- a) d'une part, le tarif ou le montant le plus élevé de la fourchette est réputé, pour l'application du paragraphe (2), le tarif ou le montant maximal calculé suivant les directives applicables à la demande;
- b) d'autre part, l'assureur qui est tenu de payer les frais liés aux services fournis à la personne assurée ne doit pas verser un montant inférieur au montant ou au tarif le moins élevé de la fourchette, sauf si la demande de la personne assurée porte sur un montant ou un tarif moindre.

(2) Le paragraphe 24 (3) du Règlement est modifié par substitution de «du paragraphe (1.6)» à «de l'alinéa (1) c)».

(3) Le paragraphe 24 (4) du Règlement est modifié par substitution de «du paragraphe (1.6)» à «de l'alinéa (1) c)».

(4) L'article 24 du Règlement est modifié par adjonction du paragraphe suivant :

(5) L'évaluation des aptitudes professionnelles visée à l'alinéa 15 (5) f) n'est pas une évaluation pour l'application du présent article.

8. (1) La disposition 3 du paragraphe 25 (2) du Règlement est abrogée et remplacée par ce qui suit :

3. Si aucun paiement n'est exigé par la disposition 1, un paiement supplémentaire fait aux personnes à la charge de la personne assurée et aux personnes, autres qu'un ancien conjoint ou partenaire de même sexe de la personne assurée, auxquelles elle était tenue, au moment de l'accident, de fournir des aliments aux termes d'un contrat familial ou d'une ordonnance judiciaire, ce paiement supplémentaire devant être divisé en parts égales entre les personnes qui y ont droit et s'élevant à 25 000 \$ si l'accident est survenu avant le 1^{er} octobre 2003 ou, s'il est survenu ce jour-là ou par la suite :
 - i. soit à 25 000 \$,
 - ii. soit au montant que fixe l'indemnité optionnelle en cas de décès et pour frais funéraires visée à l'article 27, s'il en a été souscrit une et qu'elle vise la personne assurée.

(2) L'article 25 du Règlement est modifié par adjonction du paragraphe suivant :

(4.1) Si, au moment de l'accident, la personne assurée était à la charge de plusieurs personnes qui ont droit à un paiement visé au présent article, le paiement est divisé en parts égales entre ces personnes.

9. (1) La disposition 4 du paragraphe 27 (1) du Règlement est abrogée et remplacée par ce qui suit :

4. Une indemnité optionnelle en cas de décès et pour frais funéraires qui :
 - i. fixe le montant payable aux termes de la disposition 1 du paragraphe 25 (2) à 50 000 \$, au lieu du montant précisé à la sous-disposition 1 i) du paragraphe 25 (2),

- ii. fixe le montant payable aux termes de la disposition 2 du paragraphe 25 (2) à 20 000 \$, au lieu du montant précisé à la sous-disposition 2 i du paragraphe 25 (2),
- iii. fixe le montant payable aux termes de la disposition 3 du paragraphe 25 (2) à 50 000 \$ si l'accident est survenu le 1^{er} octobre 2003 ou après cette date, au lieu du montant précisé à la sous-disposition 3 i du paragraphe 25 (2),
- iv. fixe le montant maximal des frais funéraires à 8 000 \$, au lieu du montant précisé à l'alinéa 26 (2) a).

(2) L'article 27 du Règlement est modifié par adjonction du paragraphe suivant :

(5) Malgré la disposition 3 du paragraphe (1), le montant de l'indemnité de soins auxiliaires payable mensuellement à l'égard de la personne assurée relativement à un accident qui est survenu le 1^{er} octobre 2003 ou après cette date ne doit pas être supérieur à 6 000 \$.

10. (1) Le paragraphe 30 (2) du Règlement est modifié par adjonction des alinéas suivants :

- c) soit à l'égard d'une personne qui, au moment de l'accident :
 - (i) ou bien se livrait à un acte pour lequel elle a été déclarée coupable d'une infraction criminelle,
 - (ii) ou bien était transportée dans une automobile qui était utilisée en rapport avec un acte pour lequel elle a été déclarée coupable d'une infraction criminelle;
- d) soit à l'égard d'une personne qui a été déclarée coupable, aux termes de l'article 254 du *Code criminel* (Canada), d'avoir fait défaut d'obtempérer à un ordre légitime de fournir un échantillon d'haleine en rapport avec l'accident.

(2) Le paragraphe 30 (5) du Règlement est modifié par substitution de «au présent article» à «à l'alinéa (4) a)» dans le passage qui précède la définition de «infraction criminelle».

11. (1) Le paragraphe 32 (1) du Règlement est abrogé et remplacé par ce qui suit :

(1) La personne qui a l'intention de présenter une demande d'indemnité aux termes du présent règlement en avise l'assureur.

(1.1) La personne avise l'assureur comme l'exige le paragraphe (1) :

- a) dans les 30 jours des circonstances qui ont donné naissance au droit à l'indemnité, ou le plus tôt possible par la suite, si ces circonstances découlent d'un accident qui est survenu avant le 1^{er} octobre 2003;
- b) dans les sept jours des circonstances qui ont donné naissance au droit à l'indemnité, ou le plus tôt possible par la suite, si ces circonstances découlent d'un accident qui est survenu le 1^{er} octobre 2003 ou après cette date.

(2) L'article 32 du Règlement est modifié par adjonction des paragraphes suivants :

(3.1) Si la demande d'indemnité prévue au présent règlement qu'il reçoit est incomplète, l'assureur en avise la personne au plus tard 14 jours après l'avoir reçue et lui indique quels sont les renseignements manquants.

(3.2) Le paragraphe (3.1) ne s'applique que si, après un examen raisonnable de la demande incomplète, l'assureur est incapable, sans les renseignements manquants, de déterminer si une indemnité est payable.

(5) Si le paragraphe (3.1) s'applique à l'égard d'une demande incomplète, aucune indemnité n'est payable tant que la personne n'a pas fourni les renseignements manquants.

(6) Si, à l'égard d'un accident qui survient le 1^{er} octobre 2003 ou après cette date, une personne assurée, sans explication raisonnable, n'avise pas l'assureur comme l'exige le paragraphe (1) dans le délai de sept jours imparti à l'alinéa (1.1) b), ce dernier peut retarder la détermination de son droit à une indemnité visée à l'article 35, 38, 39 ou 41 d'au plus 45 jours à partir du moment où il reçoit sa demande.

12. (1) L'article 33 du Règlement est modifié par adjonction des paragraphes suivants :

(1.1) Si l'assureur le lui demande, la personne qui présente une demande d'indemnité aux termes du présent règlement à la suite d'un accident se soumet à un interrogatoire sous serment, mais elle n'est pas tenue :

- a) soit de se soumettre à plus d'un de ces interrogatoires à l'égard de questions concernant le même accident;
- b) soit de se soumettre à un interrogatoire sous serment pendant qu'elle en est incapable en raison de son état physique, mental ou psychologique.

(1.2) La personne a le droit de se faire représenter à ses frais, lors de l'interrogatoire sous serment, par l'avocat ou l'autre représentant de son choix que permet par ailleurs la loi.

(1.3) L'assureur fait des efforts raisonnables pour fixer l'interrogatoire sous serment à une date, une heure et un lieu qui conviennent à la personne et il lui donne un préavis raisonnable de ce qui suit :

- 1. La date et le lieu de l'interrogatoire.

2. Le fait qu'elle a le droit d'être représentée de la manière décrite au paragraphe (1.2).
3. Le ou les motifs de l'interrogatoire.
4. Le fait que l'interrogatoire ne portera que sur des questions qui touchent à son droit aux indemnités.

(1.4) L'assureur limite l'interrogatoire sous serment aux questions qui se rapportent au droit de la personne à des indemnités aux termes du présent règlement.

(2) Le paragraphe 33 (2) du Règlement est abrogé et remplacé par ce qui suit :

(2) L'assureur n'est pas tenu de verser une indemnité à l'égard de toute période pendant laquelle la personne assurée ne se conforme pas au paragraphe (1) ou (1.1).

(3) Le paragraphe (2) ne s'applique pas à l'égard de l'inobservation du paragraphe (1.1) si l'assureur, selon le cas :

- a) ne se conforme pas au paragraphe (1.3) ou (1.4);
- b) nuit au droit de la personne assurée de se faire représenter comme le prévoit le paragraphe (1.2).

(4) Si la personne assurée qui ne s'est pas conformée au paragraphe (1) ou (1.1) s'y conforme par la suite, l'assureur :

- a) d'une part, reprend le versement de l'indemnité, s'il en était versée une;
- b) d'autre part, verse tous les montants retenus pendant la période d'inobservation, si la personne assurée fournit une explication raisonnable de son retard à se conformer à ce paragraphe.

13. Le paragraphe 35 (3) du Règlement est abrogé et remplacé par ce qui suit :

(3) Malgré le paragraphe (2), l'assureur peut retarder la détermination du droit éventuel d'une personne à l'indemnité d'au plus 45 jours à compter de la date à laquelle il reçoit la demande de la personne si celle-ci, sans explication raisonnable, ne l'avise pas dans le délai de 30 jours imparti à l'alinéa 32 (1.1) a) et que la demande se rapporte à un accident qui est survenu avant le 1^{er} octobre 2003.

14. Les paragraphes 37 (3), (4) et (5) du Règlement sont abrogés et remplacés par ce qui suit :

(3) Les règles suivantes s'appliquent si un avis est donné aux termes de l'alinéa (1) b) pour le motif que la personne ne souffre plus d'une invalidité qui lui donne le droit de continuer à recevoir l'indemnité :

1. La date précisée dans l'avis donné aux termes du paragraphe (2) ne doit pas tomber moins de 14 jours après celle où la personne reçoit l'avis.
2. L'avis donné aux termes de l'alinéa (1) b) doit informer la personne qu'elle a le droit d'exiger une évaluation désignée conformément à l'article 43 en avisant l'assureur par écrit et en lui donnant un certificat d'invalidité d'un praticien de la santé comme le prévoit l'article 34, et ce avant la date précisée dans l'avis donné aux termes du paragraphe (2).
3. Malgré le paragraphe (2), l'assureur ne doit pas interrompre le versement de l'indemnité si, dans les 14 jours de la réception de l'avis donné aux termes de l'alinéa (1) b), la personne l'avise par écrit qu'elle exige une évaluation désignée conformément à l'article 43 et lui fournit le certificat d'invalidité visé à la disposition 2.

(3.1) Les paragraphes 34 (3) et (4) ne s'appliquent pas si l'avis que donne l'assureur aux termes de l'alinéa (1) b) contient les renseignements visés à la disposition 2 du paragraphe (3).

(4) L'assureur peut interrompre le versement d'une indemnité à une personne, après l'avoir avisée des raisons de l'interruption, si :

- a) d'une part, la personne se soumet à l'évaluation désignée visée à la disposition 3 du paragraphe (3);
- b) d'autre part, le rapport du centre d'évaluation désigné indique que la personne ne souffre plus d'une invalidité qui lui donne droit à l'indemnité.

(5) L'assureur peut contester l'obligation qu'il a de verser une indemnité conformément aux articles 279 à 283 de la Loi, auquel cas il la verse en attendant le règlement du différend si :

- a) d'une part, la personne se soumet à l'évaluation désignée visée à la disposition 3 du paragraphe (3);
- b) d'autre part, le rapport du centre d'évaluation désigné indique que la personne ne souffre plus d'une invalidité qui lui donne droit à l'indemnité.

15. Le Règlement est modifié par adjonction des articles suivants :

DIRECTIVES RELATIVES À UN CADRE DE TRAITEMENT PRÉAPPROUVÉ

37.1 (1) Le présent article s'applique à la personne assurée qui :

- a) d'une part, présente ou a l'intention de présenter une demande d'indemnité conformément à l'article 32;

b) d'autre part, présente une demande d'indemnité pour frais médicaux ou de réadaptation à l'égard d'une déficience visée par une directive relative à un cadre de traitement préapprouvé.

(2) La personne assurée présente à l'assureur, dans le délai précisé dans la directive relative à un cadre de traitement préapprouvé applicable à la déficience, une formule de confirmation de traitement qui satisfait aux exigences suivantes :

1. Elle est préparée par un praticien de la santé que la loi autorise à traiter la déficience visée et qui se chargera de fournir des biens et des services suivant la formule.
2. Elle contient des détails sur la déficience et précise la directive relative à un cadre de traitement préapprouvé suivant laquelle la demande d'indemnité est présentée.
3. Elle comprend une déclaration du praticien de la santé qui l'a préparée, dans laquelle :
 - i. il divulgue toute situation de conflit d'intérêts dans laquelle le place la fourniture des biens ou des services qui doivent être fournis suivant la directive relative à un cadre de traitement préapprouvé,
 - ii. il confirme qu'il a fait des recherches raisonnables pour déterminer si le traitement place dans une situation de conflit d'intérêts toute personne qui a recommandé la personne assurée à une personne qui fournira des biens ou des services suivant la directive relative à un cadre de traitement préapprouvé,
 - iii. il divulgue toute situation de conflit d'intérêts dans laquelle le traitement place une personne qui a recommandé la personne assurée à une personne qui fournira des biens ou des services suivant la directive relative à un cadre de traitement préapprouvé.
4. Elle est signée par la personne assurée, sauf si l'assureur renonce à cette exigence.

(3) L'avocat ou autre représentant qui agit pour le compte de la personne assurée à l'égard de la demande d'indemnité ou à l'égard d'une instance civile découlant de l'accident avise par écrit l'assureur et la personne assurée, au moment de la présentation de la formule de confirmation de traitement, de toute situation de conflit d'intérêts dans laquelle le place cette demande.

(4) En cas de divulgation d'une situation de conflit d'intérêts dans la formule de confirmation de traitement ou de la part d'une personne visée au paragraphe (3), l'assureur peut refuser la demande.

(5) L'assureur qui reçoit une formule de confirmation de traitement donne à la personne assurée et au praticien de la santé, dans les cinq jours ouvrables qui suivent, un avis conforme aux règles suivantes dans lequel il en accuse réception :

1. L'avis indique si la police visée dans la formule de confirmation de traitement était en vigueur au moment de l'accident.
2. Si l'assureur refuse la demande en raison d'un conflit d'intérêts, l'avis indique le motif du refus, précise en quoi consiste le conflit d'intérêts et signale le droit qu'a la personne assurée de présenter une nouvelle demande.
3. Si la formule de confirmation de traitement comprend une demande de règlement pour des biens ou des services accessoires visée à l'article 37.2, l'avis se conforme également aux exigences de cet article.

(6) Malgré le paragraphe (4), l'assureur ne doit pas refuser une demande en raison d'un conflit d'intérêts s'il n'y a personne d'autre, dans un rayon de 50 kilomètres de la résidence de la personne assurée, qui puisse fournir les biens ou les services auxquels se rapporte le conflit d'intérêts.

(7) Si la personne assurée présente une demande prévue à l'article 32 et une formule de confirmation de traitement aux termes du présent article à l'égard d'une déficience et que l'assureur accepte la demande d'indemnité, il n'est tenu de verser des indemnités d'un type visé à l'article 14 ou 15 à l'égard de la déficience que conformément :

- a) d'une part, à la directive relative à un cadre de traitement préapprouvé à laquelle se rapporte la formule de confirmation;
- b) d'autre part, aux exigences de l'article 37.2, s'il s'applique à la demande.

(8) Si la personne assurée lui a présenté une demande prévue à l'article 32, l'assureur verse une indemnité visée au paragraphe (7) dans les 30 jours de la réception de la facture concernant les biens et les services :

- a) soit qui ont été fournis suivant la directive relative à un cadre de traitement préapprouvé à laquelle se rapporte la formule de confirmation de traitement;
- b) soit pour lesquels l'assureur a accepté de payer en vertu de l'article 37.2 et qui ont été fournis.

(9) L'assureur n'est pas tenu de verser des indemnités suivant plus d'une formule de confirmation de traitement qui se rapporte à la même directive relative à un cadre de traitement préapprouvé.

(10) Une personne assurée peut recevoir des indemnités visées par deux directives relatives à un cadre de traitement préapprouvé ou plus si celles-ci le permettent.

(11) La personne assurée qui, au cours du traitement prévu par une directive relative à un cadre de traitement préapprouvé, change de praticien de la santé qui est responsable de la fourniture de biens et de services suivant la formule de confirmation de traitement présente une formule de confirmation de traitement modifiée.

(12) L'assureur n'est tenu de payer pour des biens et des services suivant une formule de confirmation de traitement modifiée que dans la mesure où ils n'ont pas été déjà fournis suivant la directive relative à un cadre de traitement préapprouvé.

(13) Les articles 42 et 43 ne s'appliquent pas à une demande de paiement pour des biens et des services qui sont fournis suivant une directive relative à un cadre de traitement préapprouvé.

(14) Si des biens ou des services prévus par une directive relative à un cadre de traitement préapprouvé ne sont pas fournis dans les délais qu'elle précise, toute demande d'indemnité pour frais médicaux ou de réadaptation à laquelle elle s'appliquerait par ailleurs est, sous réserve de l'article 37.2, présentée conformément à l'article 38.

(15) Si un tribunal ou un arbitre décide, dans un différend portant sur le droit d'une personne assurée à des indemnités pour frais médicaux ou de réadaptation ou à des évaluations ou examens connexes, qu'une directive relative à un cadre de traitement préapprouvé s'applique à la personne assurée et que cette dernière a reçu des indemnités ou s'est soumise à des évaluations ou à des examens suivant cette directive :

- a) d'une part, les indemnités sont réputées avoir été raisonnables et nécessaires pour l'application des articles 14 et 15;
- b) d'autre part, les évaluations et les examens sont réputés avoir été raisonnablement nécessaires pour l'application de l'article 24.

37.2 (1) Dans le présent article, les biens ou services accessoires sont, relativement à une déficience à laquelle s'applique une directive relative à un cadre de traitement préapprouvé, des biens ou des services à l'égard desquels la directive :

- a) d'une part, exige l'approbation de l'assureur;
- b) d'autre part, permet de présenter une demande dans une formule de confirmation de traitement visée à l'article 37.1.

(2) Les règles suivantes s'appliquent si une formule de confirmation de traitement visée à l'article 37.1 comprend une demande de règlement à l'égard de biens ou de services accessoires :

1. S'il n'accepte pas de payer pour tous les biens ou services accessoires demandés dans la formule, l'assureur exige que la personne assurée se fasse évaluer par un centre d'évaluation désigné conformément à l'article 43 à l'égard de ceux pour lesquels l'assureur ne paiera pas.
2. L'avis que donne l'assureur aux termes du paragraphe 37.1 (5) indique ce qui suit :
 - i. les biens et services accessoires éventuels pour lesquels il paiera,
 - ii. les biens et services accessoires pour lesquels il ne paiera pas, motifs à l'appui,
 - iii. le fait que l'assureur exige que la personne assurée se fasse évaluer par un centre d'évaluation désigné conformément à l'article 43 à l'égard des biens et services accessoires pour lesquels il ne paiera pas.

(3) Malgré le paragraphe (2), aucune évaluation désignée n'est exigée si, dans les deux jours ouvrables qui suivent la réception de l'avis visé à ce paragraphe, la personne assurée donne à l'assureur un avis écrit indiquant qu'elle ne présentera aucune demande de règlement à l'égard des biens et services pour lesquels il a indiqué qu'il ne paiera pas.

(4) Si, dans le délai imparti au paragraphe 37.1 (5), il ne se conforme pas aux exigences de la disposition 2 du paragraphe (2) ni ne donne l'avis prévu au paragraphe 37.1 (5), l'assureur paie pour tous les biens et services accessoires qui sont fournis suivant la formule de confirmation de traitement.

(5) Les règles suivantes s'appliquent à l'égard des frais engagés pour des biens ou des services accessoires, ou s'y rapportant, sous réserve du règlement de tout différend relatif à ces frais conformément aux articles 279 à 283 de la Loi :

1. Si un centre d'évaluation désigné déclare dans un rapport que les frais sont, de l'avis de la ou des personnes qui ont procédé à l'évaluation désignée, raisonnables et nécessaires aux fins du traitement ou de la réadaptation de la personne assurée, l'assureur doit les payer.
2. Si un centre d'évaluation désigné ne déclare pas dans un rapport que les frais sont, de l'avis de la ou des personnes qui ont procédé à l'évaluation désignée, raisonnables et nécessaires aux fins du traitement ou de la réadaptation de la personne assurée, l'assureur n'est pas tenu de les payer.
3. Si un centre d'évaluation désigné déclare dans un rapport que les frais relatifs à une évaluation ou à un examen sont, de l'avis de la ou des personnes qui ont procédé à l'évaluation désignée, raisonnablement nécessaires en ce qui concerne l'indemnité demandée, l'assureur doit les payer.
4. Si un centre d'évaluation désigné ne déclare pas dans un rapport que les frais relatifs à une évaluation ou à un examen sont, de l'avis de la ou des personnes qui ont procédé à l'évaluation désignée, raisonnablement nécessaires en ce qui concerne l'indemnité demandée, l'assureur n'est pas tenu de les payer.

16. (1) Le paragraphe 38 (1) du Règlement est abrogé et remplacé par ce qui suit :

(1) Sous réserve du paragraphe (2.1), le présent article s'applique à ce qui suit :

- a) toute demande d'indemnité pour frais médicaux ou de réadaptation, sauf :
 - (i) d'une part, une demande d'indemnité payable aux termes de l'article 37.1,
 - (ii) d'autre part, une demande de règlement pour les biens et services accessoires visés à l'article 37.2;
- b) les demandes d'évaluation ou d'examen visées à la sous-disposition 3 ii du paragraphe 24 (1) qui sont présentées avec un plan de traitement visé au paragraphe (2).

(1.1) La personne assurée présente à l'assureur une demande d'indemnité pour frais médicaux ou de réadaptation avant d'engager des frais à l'égard de cette indemnité ou à l'égard d'une évaluation ou d'un examen auquel s'applique le présent article.

(2) Le paragraphe 38 (2) du Règlement est abrogé et remplacé par ce qui suit :

(2) La demande visée au présent article doit être signée par la personne assurée, sauf si l'assureur renonce à cette exigence, et, à moins que l'article 38.1 ne s'applique, comprendre ce qui suit :

- a) un plan de traitement préparé par un membre d'une profession de la santé;
- b) une déclaration dans laquelle un praticien de la santé approuve le plan de traitement visé à l'alinéa a) et déclare qu'à son avis :
 - (i) d'une part, les frais envisagés par le plan de traitement sont raisonnables et nécessaires aux fins du traitement ou de la réadaptation de la personne assurée,
 - (ii) d'autre part, la déficience dont souffre la personne assurée n'est pas visée par une directive relative à un cadre de traitement préapprouvé.

(2.1) L'assureur peut rejeter un plan de traitement prévu au présent article qui prévoit la fourniture de biens ou de services à l'égard d'une période pendant laquelle la personne assurée a le droit d'en recevoir suivant une directive relative à un cadre de traitement préapprouvé, à moins que celle-ci ne lui permette de recevoir les deux. Le rejet de l'assureur est définitif et n'est pas susceptible de révision.

(2.2) Le paragraphe (2.1) n'a pas pour effet d'empêcher la personne assurée, pendant qu'elle reçoit des biens ou des services suivant une directive relative à un cadre de traitement préapprouvé, de présenter un plan de traitement applicable à une autre période que celle visée à ce paragraphe.

(3) L'article 38 du Règlement est modifié par adjonction du paragraphe suivant :

(3.1) Malgré les paragraphes (1.1), (2) et (3), la personne assurée qui engage des frais à l'égard desquels une indemnité pour frais médicaux ou de réadaptation peut être payable, autres que des frais payables suivant une directive relative à un cadre de traitement préapprouvé, sans se conformer à l'un ou l'autre de ces paragraphes présente à l'assureur une demande de paiement des frais conforme aux paragraphes (2) et (3) dans les 30 jours qui suivent leur engagement.

(4) Le paragraphe 38 (8) du Règlement est abrogé et remplacé par ce qui suit :

(8) S'il ne donne pas l'avis prévu au paragraphe (5), l'assureur donne à la personne assurée l'un des avis suivants :

- 1. Un avis divulguant si le plan de traitement le place dans une situation de conflit d'intérêts et indiquant :
 - i. d'une part, les biens et services éventuels prévus par le plan de traitement pour lesquels il paiera,
 - ii. d'autre part, les biens et services éventuels prévus par le plan de traitement pour lesquels il ne paiera pas.
- 2. Un avis indiquant qu'il rejette le plan de traitement pour le motif que la personne assurée souffre d'une déficience à laquelle s'applique une directive relative à un cadre de traitement préapprouvé.

(8.1) L'avis prévu au paragraphe (8) doit être donné :

- a) dans les 14 jours de la réception de la demande par l'assureur, dans le cas d'un avis prévu à la disposition 1 du paragraphe (8);
- b) dans les cinq jours ouvrables de la réception de la demande par l'assureur, dans le cas d'un avis prévu à la disposition 2 du paragraphe (8).

(8.2) Les règles suivantes s'appliquent si l'assureur ne donne pas un avis prévu au paragraphe (8) conformément au paragraphe (8.1) :

- 1. Dans le cas de l'avis prévu à la disposition 2 du paragraphe (8) :
 - i. d'une part, il ne peut pas rejeter le plan de traitement pour le motif que la personne assurée souffre d'une déficience à laquelle s'applique une directive relative à un cadre de traitement préapprouvé,

- ii. d'autre part, il doit donner l'avis prévu à la disposition 1 du paragraphe (8) conformément au paragraphe (8.1).
2. Dans le cas de l'avis prévu à la disposition 1 du paragraphe (8) ou d'un avis qu'exige cette disposition en application de la sous-disposition 1 ii du présent paragraphe, il paie pour tous les biens et services fournis suivant le plan de traitement qui vise la période débutant le lendemain du jour où il était tenu de donner l'avis et se terminant le jour où il donne l'avis.

(5) Le paragraphe 38 (9) du Règlement est modifié par substitution de «à la disposition 1 du paragraphe (8)» à «à l'alinéa (8) b)».

(6) Les paragraphes 38 (11) et (12) du Règlement sont abrogés et remplacés par ce qui suit :

(11) Si la demande n'est pas retirée comme le permet le paragraphe (9), l'assureur paie pour les biens et les services pour lesquels il a accepté de payer dans l'avis prévu à la disposition 1 du paragraphe (8) dans les 30 jours de la réception de la facture.

(12) Si l'avis prévu à la disposition 1 du paragraphe (8) n'indique pas que l'assureur paiera pour tous les biens et services prévus par le plan de traitement :

- a) d'une part, l'assureur exige que la personne assurée se fasse évaluer par un centre d'évaluation désigné conformément à l'article 43 à l'égard de ceux pour lesquels il ne paiera pas;
- b) d'autre part, l'assureur joint ce qui suit à l'avis prévu à la disposition 1 du paragraphe (8) :
 - (i) l'exposé des motifs pour lesquels il n'accepte pas de payer pour tous les biens et services prévus par le plan de traitement,
 - (ii) un avis selon lequel il exige que la personne assurée se fasse évaluer par un centre d'évaluation désigné conformément à l'article 43.

(12.1) Si l'assureur donne l'avis prévu à la disposition 2 du paragraphe (8) :

- a) d'une part, il exige que la personne assurée se fasse évaluer par un centre d'évaluation désigné à l'égard des biens et des services;
- b) d'autre part, il joint ce qui suit à l'avis :
 - (i) une déclaration précisant quelle directive relative à un cadre de traitement préapprouvé s'applique à la personne assurée,
 - (ii) un avis selon lequel il exige que la personne assurée se fasse évaluer par un centre d'évaluation désigné.

(12.2) Si l'assureur donne l'avis prévu à la disposition 2 du paragraphe (8), la personne assurée peut présenter une formule de confirmation de traitement en vertu de l'article 37.1 et recevoir des biens et des services conformément à la directive relative à un cadre de traitement préapprouvé visée au sous-alinéa (12.1) b) (i), en attendant la décision du centre d'évaluation désigné visé au sous-alinéa (12.1) b) (ii).

(12.3) S'il y a lieu, la formule de confirmation de traitement visée au paragraphe (12.2) peut comprendre une demande de règlement pour des biens ou des services accessoires visée à l'article 37.2.

(7) Les paragraphes 38 (13) et (14) du Règlement sont abrogés et remplacés par ce qui suit :

(13) Malgré l'alinéa (12) a), aucune évaluation désignée ne doit être exigée si, dans les cinq jours ouvrables de la réception de l'avis prévu au sous-alinéa (12) b) (ii), la personne assurée avise par écrit l'assureur qu'elle ne présentera pas de demande de règlement à l'égard des biens ou des services pour lesquels il a indiqué qu'il ne paiera pas.

(14) Les règles suivantes s'appliquent à l'égard des frais engagés pour des biens ou des services accessoires, ou s'y rapportant, pour lesquels l'assureur n'a pas accepté de payer, sous réserve du règlement de tout différend relatif à ces frais conformément aux articles 279 à 283 de la Loi :

1. Si le centre d'évaluation désigné déclare dans un rapport que des frais demandés aux termes de l'article 14 ou 15 sont, de l'avis de la ou des personnes qui ont procédé à l'évaluation désignée, raisonnables et nécessaires aux fins du traitement ou de la réadaptation de la personne assurée ou, dans le cas d'une évaluation ou d'un examen visé à la sous-disposition 3 ii du paragraphe 24 (1), raisonnablement nécessaires en ce qui concerne l'indemnité demandée, l'assureur doit les payer.
2. Si le centre d'évaluation désigné ne déclare pas dans un rapport que des frais demandés aux termes de l'article 14 ou 15 sont, de l'avis de la ou des personnes qui ont procédé à l'évaluation désignée, raisonnables et nécessaires aux fins du traitement ou de la réadaptation de la personne assurée ou, dans le cas d'une évaluation ou d'un examen visé à la sous-disposition 3 ii du paragraphe 24 (1), raisonnablement nécessaires en ce qui concerne l'indemnité demandée, l'assureur n'est pas tenu de les payer.

3. Si le centre d'évaluation désigné déclare dans un rapport que la personne assurée souffre, de l'avis de la ou des personnes qui ont procédé à l'évaluation désignée, d'une déficience à laquelle s'applique une directive relative à un cadre de traitement préapprouvé, l'assureur peut rejeter le plan de traitement et traiter la demande d'indemnité comme une demande visée à l'article 37.1.
4. Si le centre d'évaluation désigné déclare dans un rapport que la personne assurée ne souffre pas, de l'avis de la ou des personnes qui ont procédé à l'évaluation désignée, d'une déficience à laquelle s'applique une directive relative à un cadre de traitement préapprouvé, l'assureur donne à la personne assurée l'avis prévu à la disposition 1 du paragraphe (8).

(8) Le paragraphe 38 (15) du Règlement est modifié par substitution de «d'évaluation désignée» à «d'évaluation par un centre d'évaluation désigné» dans le passage qui précède la disposition 1.

(9) Les dispositions 3 et 4 du paragraphe 38 (15) du Règlement sont abrogées et remplacées par ce qui suit :

3. Les frais pour le transport aller-retour de la personne assurée aux fins d'une séance de consultation, d'une séance de formation ou d'une séance de traitement, y compris le transport d'un aide, le cas échéant.
4. Les frais de réintégration sur le marché du travail payables par l'assureur jusqu'au règlement du différend quant à la question de savoir si une prestation est payable aux termes de la *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail*.

(10) Les paragraphes 38 (16) et (17) du Règlement sont abrogés.

(11) Le paragraphe 38 (18) du Règlement est modifié par substitution de ce qui suit au passage qui précède l'alinéa a) :

(18) Malgré le paragraphe (1.1), l'assureur qui reçoit la demande visée au paragraphe (3.1) prend l'une ou l'autre des mesures suivantes dans les 30 jours de sa réception :

(12) Le paragraphe 38 (19) du Règlement est modifié par substitution de «à la sous-disposition 1 i du paragraphe (8)» à «au sous-alinéa (8) a) (i) ou (ii)».

(13) Les paragraphes 38 (22) à (25) du Règlement sont abrogés.

17. Le Règlement est modifié par adjonction des articles suivants :

38.1 (1) Le présent article s'applique à une demande d'indemnité pour frais médicaux ou de réadaptation prévue à l'article 38 si l'assureur donne à la personne assurée un avis l'informant qu'il les paiera sans que lui soit présenté un plan de traitement visé au même article.

(2) Il doit être satisfait aux conditions suivantes si l'assureur donne l'avis prévu au paragraphe (1) à la personne assurée :

- a) l'avis décrit les frais que paiera l'assureur sans que lui soit présenté un plan de traitement et précise ce qui suit :
 - (i) les sortes de frais,
 - (ii) les restrictions éventuelles en ce qui concerne le montant des frais,
 - (iii) les restrictions éventuelles en ce qui concerne le moment où les frais peuvent être engagés;
- b) l'assureur paie les frais décrits dans l'avis dans les 30 jours de la réception de la facture les concernant;
- c) s'il y a un différend quant à la question de savoir si, pour l'application du paragraphe 14 (2) ou 15 (5), des frais décrits dans l'avis sont raisonnables ou nécessaires, l'assureur les paie en attendant le règlement du différend conformément aux articles 279 à 283 de la Loi.

(3) L'assureur donne à la personne assurée un avis divulguant toute situation de conflit d'intérêts dans laquelle le place toute personne qui fournira des biens ou des services, à laquelle il la recommande.

(4) Tout membre d'une profession de la santé qui recommande la personne assurée à une personne qui fournira des biens ou des services à l'égard desquels l'assureur versera une indemnité pour frais médicaux ou de réadaptation aux termes du présent article donne à l'assureur et à la personne assurée un avis écrit divulguant toute situation de conflit d'intérêts dans laquelle le place la fourniture des biens ou des services.

(5) En cas de divulgation d'une situation de conflit d'intérêts aux termes du paragraphe (4), l'assureur peut donner à la personne assurée un avis exigeant qu'elle lui présente un plan de traitement aux termes de l'article 38 et, si un avis est donné en vertu du présent paragraphe :

- a) l'assureur est dégagé de toute obligation que lui impose le présent article de payer des frais, à l'exclusion des frais engagés avant la remise de l'avis;
- b) les paragraphes (1) à (4) ne s'appliquent pas;

- c) la personne assurée peut présenter une demande d'indemnité et un plan de traitement aux termes de l'article 38.

ÉVALUATIONS ET EXAMENS

38.2 (1) Le présent article s'applique à une demande d'approbation d'une évaluation ou d'un examen visée à la sous-disposition 3 ii du paragraphe 24 (1), sauf si la demande est présentée avec un plan de traitement prévu à l'article 38.

(2) La demande comprend une déclaration du membre d'une profession de la santé qui doit procéder à l'évaluation ou à l'examen, dans laquelle :

- a) il divulgue toute situation de conflit d'intérêts dans laquelle le place l'évaluation ou l'examen visé par la demande;
- b) il indique qu'il a fait des recherches raisonnables pour déterminer si l'évaluation ou l'examen place dans une situation de conflit d'intérêts toute personne qui lui a recommandé la personne assurée, auquel cas il divulgue la situation;
- c) il indique que l'évaluation ou l'examen est raisonnablement nécessaire en ce qui concerne l'indemnité.

(3) L'avocat ou autre représentant qui agit pour le compte de la personne assurée à l'égard de la demande ou à l'égard d'une instance civile découlant de l'accident avise par écrit l'assureur et la personne assurée, au moment de la présentation de la demande, de toute situation de conflit d'intérêts dans laquelle le place la demande.

(4) En cas de divulgation d'une situation de conflit d'intérêts aux termes du paragraphe (2) ou (3), l'assureur peut refuser la demande et, dans les deux jours ouvrables de la réception de la demande, aviser la personne assurée que la demande est refusée et qu'elle peut en présenter une nouvelle.

(5) Malgré le paragraphe (4), l'assureur ne doit pas refuser la demande en raison d'un conflit d'intérêts s'il n'y a personne d'autre, dans un rayon de 50 kilomètres de la résidence de la personne assurée, qui puisse procéder à l'évaluation ou à l'examen.

(6) S'il n'a pas refusé la demande en vertu du paragraphe (4), l'assureur détermine, dans le délai applicable prévu au paragraphe 24 (1.3), s'il est tenu de payer pour l'évaluation ou l'examen visé par la demande et il donne à la personne assurée un avis qui :

- a) indique les évaluations ou examens figurant dans la demande pour lesquels l'assureur paiera ou ne paiera pas;
- b) précise les motifs pour lesquels il n'accepte pas de payer pour une évaluation ou un examen quelconque visé par la demande;
- c) exige que la personne assurée se fasse évaluer par un centre d'évaluation désigné conformément à l'article 43, s'il y déclare qu'il ne paiera pas pour une évaluation ou un examen visé par la demande;
- d) divulgue toute situation de conflit d'intérêts dans laquelle le place toute évaluation ou tout examen visé par la demande.

(7) S'il détermine qu'il n'est pas tenu de payer pour une évaluation ou un examen visé par la demande, l'assureur exige que la personne assurée se fasse évaluer par un centre d'évaluation désigné conformément à l'article 43 à l'égard de la nécessité de l'évaluation ou de l'examen.

(8) Malgré l'alinéa (6) c) et le paragraphe (7), aucune évaluation désignée ne doit être exigée à l'égard d'une évaluation ou d'un examen pour lequel l'assureur a déclaré qu'il ne paiera pas si, dans les deux jours ouvrables de la réception de l'avis prévu au paragraphe (6), la personne assurée avise par écrit l'assureur qu'elle ne présentera pas de demande de règlement à l'égard de l'évaluation ou de l'examen.

(9) S'il ne refuse pas la demande en vertu du paragraphe (4), mais qu'il ne donne pas l'avis comme l'exige le paragraphe (6), l'assureur doit payer pour toutes les évaluations et tous les examens visés par la demande.

(10) Si, dans l'avis prévu au paragraphe (6), l'assureur divulgue une situation de conflit d'intérêts relativement à l'évaluation ou à l'examen, la personne assurée peut, dans les deux jours ouvrables de la réception de l'avis de l'assureur, retirer sa demande et en présenter une nouvelle.

(11) Malgré le paragraphe (10), la personne assurée ne doit pas retirer sa demande ni en présenter une nouvelle s'il n'y a personne d'autre, dans un rayon de 50 kilomètres de sa résidence, qui puisse procéder à l'évaluation ou à l'examen.

(12) Si la demande n'est pas retirée comme le permet le paragraphe (10), l'assureur doit payer pour toutes les évaluations et tous les examens pour lesquels il a accepté de payer en vertu du paragraphe (6), et il doit faire chaque paiement dans les 30 jours de la réception de la facture relative à l'évaluation ou à l'examen.

(13) Les règles suivantes s'appliquent à l'égard d'une évaluation ou d'un examen pour lequel l'assureur n'a pas accepté de payer, sous réserve du règlement de tout différend relatif aux frais conformément aux articles 279 à 283 de la Loi :

1. Si un centre d'évaluation désigné déclare dans un rapport que l'évaluation ou l'examen visé par la demande est, de l'avis de la ou des personnes qui ont procédé à l'évaluation désignée, raisonnablement nécessaire en ce qui concerne l'indemnité demandée, l'assureur doit payer pour l'évaluation ou l'examen.

2. Si un centre d'évaluation désigné ne déclare pas dans un rapport que l'évaluation ou l'examen est, de l'avis de la ou des personnes qui ont procédé à l'évaluation désignée, raisonnablement nécessaire en ce qui concerne l'indemnité demandée, l'assureur n'est pas tenu de payer pour l'évaluation ou l'examen.

(14) Si, après avoir donné l'avis prévu au paragraphe (6) dans lequel il accepte de payer pour une évaluation ou un examen, l'assureur apprend que l'évaluation ou l'examen place une personne visée au paragraphe (2) ou (3) dans une situation de conflit d'intérêts, il peut donner à la personne assurée un avis exigeant qu'elle modifie la demande dans les cinq jours ouvrables de la réception de l'avis de façon à ce qu'il n'y ait plus de conflit d'intérêts.

(15) Si la personne assurée ne modifie pas la demande comme l'exige le paragraphe (14), l'assureur n'est pas tenu de payer pour l'évaluation ou l'examen visé à ce paragraphe.

(16) Le paragraphe (14) ne s'applique pas s'il n'y a personne d'autre, dans un rayon de 50 kilomètres de la résidence de la personne assurée, qui puisse procéder à l'évaluation ou à l'examen qui donne lieu à la situation de conflit d'intérêts.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

38.3 (1) Pour l'application des articles 37.1, 38, 38.1 et 38.2 :

- a) la fourniture de biens ou de services place une personne dans une situation de conflit d'intérêts si les conditions suivantes sont réunies :
- (i) la personne ou une personne liée peut recevoir, directement ou indirectement, un avantage financier à la suite de la fourniture, par la personne liée ou par une autre personne, des biens ou des services,
 - (ii) la personne qui peut recevoir l'avantage financier n'est pas l'employé de la personne qui fournira les biens ou les services ni n'a conclu de contrat avec elle ou de contrat prévoyant la fourniture de tels biens ou services;
- b) la fourniture de biens ou de services à une personne assurée place l'assureur dans une situation de conflit d'intérêts s'il peut recevoir, directement ou indirectement, un avantage financier à la suite de la fourniture de ces biens ou services.

(2) Une personne liée est, en ce qui concerne une personne physique, un particulier qui est, selon le cas :

- a) le conjoint ou partenaire de même sexe de la personne;
- b) lié à la personne par le sang ou l'adoption;
- c) lié par le sang au conjoint ou partenaire de même sexe de la personne.

(3) Pour l'application du paragraphe (2) :

- a) deux personnes sont liées par le sang si l'une est l'enfant ou un autre descendant de l'autre ou encore le frère ou la soeur de l'autre;
- b) deux personnes sont liées par l'adoption si l'une a été adoptée, légalement ou de fait, comme enfant de l'autre ou comme enfant d'une personne qui est liée à l'autre par le sang, autrement qu'à titre de frère ou de soeur.

18. (1) L'alinéa 39 (1) b) du Règlement est abrogé et remplacé par ce qui suit :

- b) soit avise la personne assurée qu'il exige qu'elle fournisse une évaluation des besoins en soins auxiliaires rédigée selon la formule 1 et préparée par un membre d'une profession de la santé que la loi autorise à traiter sa déficience.

(2) Le paragraphe 39 (2) du Règlement est modifié par substitution de «l'évaluation des besoins en soins auxiliaires visée à l'alinéa (1) b) lui soit fournie» à «le certificat visé à l'alinéa (1) b) lui soit fourni».

(3) Les paragraphes 39 (3), (4) et (5) du Règlement sont abrogés et remplacés par ce qui suit :

(3) Si l'assureur est tenu de verser l'indemnité, il commence à la verser dans les 30 jours de la réception de la demande ou, s'il a exigé une évaluation des besoins en soins auxiliaires rédigée selon la formule 1, dans les 14 jours de la réception de cette dernière.

(4) Si l'assureur détermine que la personne assurée n'a pas droit à une indemnité de soins auxiliaires, il exige qu'elle subisse une évaluation désignée conformément à l'article 43 et lui donne un avis motivé de sa décision et du fait qu'il exige l'évaluation désignée :

- a) dans les 14 jours de la réception de la demande;
- b) dans les 14 jours de la réception de l'évaluation des besoins en soins auxiliaires rédigée selon la formule 1, s'il a exigé une telle évaluation aux termes du présent article.

(4) Le paragraphe 39 (6) du Règlement est modifié par substitution de «une évaluation désignée» à «une évaluation».

(5) Les paragraphes 39 (7) et (8) du Règlement sont abrogés et remplacés par ce qui suit :

(7) Si la personne assurée reçoit une indemnité de soins auxiliaires et que l'assureur détermine qu'elle n'y a plus droit ou que son montant devrait être réduit, il exige qu'elle subisse une évaluation désignée conformément à l'article 43 et lui donne un avis motivé de sa décision et du fait qu'il exige l'évaluation désignée au plus tard à la date d'échéance du prochain versement.

(8) Si la personne assurée qui reçoit une indemnité de soins auxiliaires lui présente une demande d'augmentation de l'indemnité, l'assureur, s'il détermine qu'elle n'a pas droit à l'augmentation, exige qu'elle subisse une évaluation désignée conformément à l'article 43 et lui donne un avis motivé de sa décision et du fait qu'il exige l'évaluation désignée dans les 14 jours de la réception de la demande.

(9) Si une évaluation désignée est exigée aux termes du paragraphe (7) ou (8), l'assureur continue, en attendant de recevoir le rapport du centre d'évaluation désigné, de verser l'indemnité de soins auxiliaires à la personne assurée selon le montant qu'il lui versait avant la remise de l'avis prévu à ce paragraphe.

(10) La décision du centre d'évaluation désigné lie la personne assurée et l'assureur à l'égard de l'indemnité de soins auxiliaires, sous réserve du règlement de tout différend conformément aux articles 279 à 283 de la Loi.

(11) Malgré les paragraphes (7) et (8), si plus de 104 semaines se sont écoulées depuis l'accident, l'assureur ne doit pas exiger une évaluation désignée de la personne assurée et celle-ci ne doit lui présenter aucune demande d'augmentation de l'indemnité à moins qu'au moins 52 semaines se soient écoulées depuis sa dernière évaluation par un centre d'évaluation désigné.

(12) La personne assurée et l'assureur peuvent s'entendre n'importe quand pour que la personne assurée se fasse évaluer conformément à l'article 43.

(13) Si l'assureur détermine qu'une personne n'a pas droit à une indemnité de soins auxiliaires aux termes du paragraphe 18 (2) :

- a) d'une part, les paragraphes (4), (7), (8) et (11) ne s'appliquent pas;
- b) d'autre part, s'il la lui versait, il ne doit pas en interrompre le versement sans lui donner un avis motivé de sa décision au moins 14 jours avant le dernier versement.

19. L'article 40 du Règlement est modifié par adjonction du paragraphe suivant :

(3.1) Malgré l'alinéa 19 (2) a), si une demande visée au paragraphe (1) est présentée dans les 104 semaines de l'accident et qu'une évaluation désignée est exigée aux termes du présent article, l'assureur continue, en attendant de recevoir le rapport du centre d'évaluation désigné, de verser l'indemnité de soins auxiliaires à la personne assurée selon le montant qui lui était versé avant la remise de l'avis prévu à l'alinéa (2) c) ou au paragraphe (3).

20. (1) Le paragraphe 42 (1) du Règlement est abrogé et remplacé par ce qui suit :

(1) Aux fins de la détermination du droit de la personne assurée à une indemnité demandée, l'assureur peut lui donner un avis exigeant qu'elle se fasse examiner par la ou les personnes qu'il précise. Chacune de ces personnes doit être un membre d'une profession de la santé ou posséder des compétences spécialisées en matière de réadaptation professionnelle.

(1.1) Le paragraphe (1) ne s'applique pas à l'égard :

- a) soit d'une demande d'indemnité qui est assujettie à l'article 37.1 ou 37.2;
- b) soit d'une demande de prestation de décès ou d'indemnité pour frais funéraires;
- c) soit d'une demande d'indemnité pour frais médicaux ou de réadaptation visée à l'article 14 ou 15, sauf si elle fait l'objet d'une instance introduite en vertu des articles 279 à 284 de la Loi.

(2) Le paragraphe 42 (2) du Règlement est abrogé et remplacé par ce qui suit :

(2) L'avis précise les motifs pour lesquels l'assureur exige l'examen et en précise la date, qui tombe au moins cinq jours ouvrables après sa réception par la personne.

(3) Le paragraphe 42 (4) du Règlement est abrogé et remplacé par ce qui suit :

(4) L'assureur fait des efforts raisonnables pour fixer la date et l'heure de l'examen à un moment qui convient à la personne assurée.

(4) Le paragraphe 42 (7) du Règlement est modifié par substitution de «cinq jours ouvrables» à «sept jours».

(5) Les alinéas 42 (8) a) et b) du Règlement sont abrogés et remplacés par ce qui suit :

- a) d'une part, l'assureur peut interrompre le versement de l'indemnité à laquelle se rapporte l'examen jusqu'à ce que la personne se soumette à celui-ci ou se conforme au paragraphe (5);
- b) d'autre part, aucune indemnité n'est payable pour la période qui suit le moment où la personne ne s'est pas présentée à l'examen ou ne s'est pas conformée au paragraphe (5) et qui précède celui où elle se soumet à l'examen visé au paragraphe (1) et se conforme au paragraphe (5).

(6) L'article 42 du Règlement est modifié par adjonction des paragraphes suivants :

(9) Si, par la suite, la personne se soumet à un examen visé au paragraphe (1) ou se conforme au paragraphe (5), l'assureur :

- a) d'une part, reprend le versement de l'indemnité;
- b) d'autre part, verse tous les montants retenus pendant la période d'inobservation si la personne assurée fournit une explication raisonnable du défaut de se présenter à l'examen ou de l'inobservation du paragraphe (5).

(10) Il est interdit à quiconque est membre d'une profession de la santé ou possède des compétences spécialisées en matière de réadaptation professionnelle d'examiner la personne assurée pour le compte de l'assureur afin de décider si elle a droit à une indemnité, si ce n'est conformément au présent article.

21. L'article 43 du Règlement et l'intertitre qui le précède sont abrogés et remplacés par ce qui suit :

ÉVALUATIONS DÉSIGNÉES

43. (1) Les règles suivantes s'appliquent si une évaluation désignée est exigée aux termes du présent règlement :

1. L'assureur avise le centre d'évaluation désigné dans les cinq jours ouvrables.
2. La personne assurée et l'assureur fournissent les renseignements raisonnablement nécessaires à la ou aux personnes qui procéderont à l'évaluation désignée dans le délai de cinq jours ouvrables visé à la disposition 1.
3. Le centre d'évaluation désigné avise promptement la personne assurée et prend des dispositions pour l'évaluation désignée.
4. La personne assurée se soumet à tous les examens physiques, psychologiques, mentaux et fonctionnels raisonnables que demandent la ou les personnes qui procèdent à l'évaluation désignée.

(2) Les règles suivantes s'appliquent si la personne assurée ne se soumet pas à l'évaluation désignée prévue au paragraphe (1) ou ne se conforme pas à la disposition 2 ou 4 du même paragraphe :

1. L'assureur peut interrompre le versement de l'indemnité à laquelle se rapporte l'évaluation désignée jusqu'à ce que la personne assurée s'y soumette et se conforme aux dispositions 2 et 4 du paragraphe (1).
2. Aucune indemnité n'est payable pour la période qui suit le moment où la personne assurée ne se soumet pas à l'évaluation désignée ou ne se conforme pas à la disposition 2 ou 4 du paragraphe (1) et qui précède celui où, par la suite, elle se soumet à un examen visé au paragraphe (1) et se conforme aux dispositions 2 et 4 du paragraphe (1).

(3) Si, par la suite, la personne assurée se soumet à une évaluation désignée et se conforme aux dispositions 2 et 4 du paragraphe (1), l'assureur :

- a) d'une part, reprend le versement de l'indemnité;
- b) d'autre part, verse tous les montants retenus pendant la période d'inobservation, si la personne assurée fournit une explication raisonnable du défaut de se soumettre à l'évaluation désignée ou de l'inobservation de la disposition 2 ou 4 du paragraphe (1), selon le cas.

(4) Après avoir procédé à l'évaluation désignée, la ou les personnes qui y ont procédé préparent un rapport et en remettent une copie aux personnes suivantes :

- a) l'assureur;
- b) la personne assurée;
- c) le praticien de la santé de la personne assurée.

(5) Sous réserve du paragraphe (11), le centre d'évaluation désigné remet le rapport au plus tard 14 jours après avoir terminé l'évaluation désignée.

(6) Si l'évaluation désignée est exigée aux termes de l'article 37 à l'égard d'une demande d'indemnité de remplacement de revenu, de personne sans revenu d'emploi ou de soignant, le rapport dont elle fait l'objet comprend une déclaration précisant si la personne assurée souffre toujours d'une invalidité qui lui donne le droit de continuer à recevoir l'indemnité.

(7) Si l'évaluation désignée est exigée aux termes de l'article 37.2, le rapport dont elle fait l'objet indique si les biens et les services accessoires qui font l'objet d'une demande de règlement dans la formule de confirmation de traitement sont raisonnables et nécessaires.

(8) Si l'évaluation désignée est exigée aux termes de l'article 38, le rapport dont elle fait l'objet réunit les conditions suivantes :

- a) il indique si les biens et les services accessoires qui doivent être fournis suivant le plan de traitement sont raisonnables et nécessaires et comprend des recommandations quant à leur fourniture future à la personne assurée aux fins de son

traitement et de sa réadaptation, si le but de l'évaluation désignée est de déterminer s'ils sont raisonnables et nécessaires;

- b) il indique si la déficience est prévue dans une directive relative à un cadre de traitement préapprouvé, dans le cas où le but de l'évaluation consiste à déterminer si la personne assurée souffre d'une déficience à laquelle s'applique une telle directive.

(9) Dans le cas d'une évaluation désignée visée à l'alinéa (8) b), le rapport du centre d'évaluation désigné indique également si les biens ou les services qui doivent être fournis suivant le plan de traitement sont raisonnables et nécessaires et comprend des recommandations quant à leur fourniture future à la personne assurée aux fins de son traitement et de sa réadaptation, s'il indique que la déficience n'est pas visée par une directive relative à un cadre de traitement préapprouvé.

(10) Si l'évaluation désignée est exigée aux termes de l'article 38.2, le rapport dont elle fait l'objet indique si des frais quelconques liés à une évaluation ou à un examen doivent être payés aux termes de l'article 24.

(11) Malgré le paragraphe 53 (9), s'il est procédé à l'évaluation désignée afin de déterminer si des indemnités pour frais médicaux ou de réadaptation doivent être versées autrement que suivant une directive relative à un cadre de traitement préapprouvé ou qu'elle est exigée aux termes de l'article 38.2, le centre d'évaluation désigné remet son rapport à la personne assurée et à l'assureur dans les cinq jours ouvrables qui suivent le dernier en date des jours suivants :

- a) le jour où il reçoit des renseignements qui doivent être fournis aux termes de la disposition 2 du paragraphe (1);
- b) le jour où le conflit d'intérêts que le centre d'évaluation désigné divulgue à l'égard de l'évaluation désignée aux termes de l'article 53 est résolu aux termes de cet article.

(12) S'il ne donne pas l'avis qu'exige le paragraphe (1) conformément à ce paragraphe, l'assureur paie pour les biens et les services qui font l'objet de l'évaluation désignée et qui ont trait à la période débutant le jour où il était tenu de donner l'avis et se terminant le jour où il le donne.

(13) Si l'évaluation désignée est exigée aux termes de l'article 39 à l'égard d'une demande d'indemnité de soins auxiliaires, le rapport comprend :

- a) d'une part, une évaluation des besoins en soins auxiliaires rédigée selon la formule 1;
- b) d'autre part, des recommandations quant à la prestation future de soins auxiliaires à la personne assurée.

(14) Si l'évaluation désignée est exigée aux termes de l'article 40 en vue de déterminer si une déficience est une déficience invalidante, le rapport comprend une déclaration précisant si tel est le cas, de l'avis de la ou des personnes qui ont procédé à l'évaluation.

22. Le paragraphe 47 (1) du Règlement est modifié par adjonction des alinéas suivants :

- d) si le paragraphe 37 (4) s'applique, toute indemnité de remplacement de revenu, de personne sans revenu d'emploi ou de soignant qui est versée pour la période qui suit la remise par l'assureur de l'avis prévu au paragraphe 37 (1) et qui précède la date du rapport du centre d'évaluation désigné visé au paragraphe 37 (4);
- e) les frais payés par l'assureur aux termes de la disposition 2 du paragraphe 24 (1), si la personne assurée, sans explication raisonnable, ne s'est pas présentée à une évaluation désignée prévue ou en annule une sans fournir l'avis que précise le barème des frais d'annulation relatifs à la préévaluation établie par le comité visé à l'article 52, dans ses versions successives, et selon lequel elle ne se présenterait pas à l'évaluation désignée.

23. L'article 49 du Règlement est abrogé et remplacé par ce qui suit :

49. Si l'assureur refuse de verser une indemnité prévue par le présent règlement ou réduit le montant d'une indemnité qu'une personne reçoit aux termes du présent règlement, il avise cette dernière par écrit de son droit de contestation.

24. L'article 50 du Règlement est abrogé et remplacé par ce qui suit :

50. (1) La personne assurée ne doit pas engager de procédure de médiation en vertu de l'article 280 de la Loi à moins de remplir les conditions suivantes :

- a) elle a avisé l'assureur des circonstances qui ont donné lieu à la demande d'indemnité et présenté celle-ci dans les délais prescrits par la présente partie;
- b) elle s'est rendue raisonnablement disponible pour tout examen que l'assureur a exigé aux termes de l'article 42, sauf relativement à une indemnité pour frais médicaux ou de réadaptation visée à l'article 14 ou 15;
- c) elle a subi une évaluation désignée exigée aux termes de l'article 43 et elle s'est conformée à cet article à l'égard de celle-ci.

(2) Malgré l'alinéa (1) b), la personne assurée qui ne se présente pas à un examen dont la date et l'heure ont été fixées ne doit pas être considérée comme s'étant rendue raisonnablement disponible pour l'examen, sauf si, avant de présenter une demande de médiation, elle se présente à un nouveau rendez-vous pour l'examen, si l'assureur l'exige.

25. Le Règlement est modifié par adjonction des articles suivants :

52.1 Le comité visé à l'article 52 peut suspendre, révoquer ou modifier une désignation faite aux termes de l'article 52, sous réserve des conditions qu'il précise.

52.2 (1) Lorsque le comité visé à l'article 52 l'exige, le centre d'évaluation désigné fournit au surintendant les renseignements au sujet de l'exécution de ses fonctions qu'exige le comité.

(2) Les renseignements exigés aux termes du paragraphe (1) sont fournis aux moments et de la façon que le comité fixe et ordonne.

(3) Le surintendant examine les renseignements réunis aux termes du paragraphe (1) et peut prendre à leur égard toute mesure qu'il estime appropriée.

(4) Si un centre d'évaluation désigné ne se conforme pas à une demande de renseignements prévue au paragraphe (1), le surintendant peut signaler le manquement au comité visé à l'article 52.

26. L'article 53 du Règlement et l'intertitre qui le précède sont abrogés et remplacés par ce qui suit :

CENTRES D'ÉVALUATION DÉSIGNÉS

53. (1) Une évaluation désignée doit être faite par le centre d'évaluation désigné qui est situé le plus près de la résidence de la personne assurée et qui :

- a) d'une part, est autorisé à évaluer les déficiences du type dont souffre la personne assurée;
- b) d'autre part, est autorisé à procéder au type d'évaluation désignée qui est exigé.

(2) Avant de procéder à l'évaluation désignée, le centre d'évaluation désigné donne à l'assureur et à la personne assurée un avis écrit divulguant toute situation de conflit d'intérêts dans laquelle le place l'évaluation.

(3) Le centre d'évaluation désigné donne tout avis qu'exige le paragraphe (2) à l'égard d'une évaluation désignée visée au paragraphe 43 (11) dans les trois jours ouvrables qui suivent la réception de la demande d'évaluation.

(4) En cas de divulgation d'une situation de conflit d'intérêts aux termes du paragraphe (2) :

- a) le centre d'évaluation désigné procède à l'évaluation désignée, si l'assureur et la personne assurée s'entendent à cet effet;
- b) si l'assureur et la personne assurée ne s'entendent pas, l'évaluation désignée doit être faite, sous réserve du paragraphe (2), par le deuxième centre d'évaluation désigné qui est situé le plus près de la résidence de la personne assurée et qui :
 - (i) d'une part, est autorisé à évaluer les déficiences du type dont souffre la personne assurée,
 - (ii) d'autre part, est autorisé à procéder au type d'évaluation désignée qui est exigé.

(5) Pour l'application de l'alinéa (4) b), l'assureur et la personne assurée sont réputés ne pas s'entendre dans le cas d'une évaluation désignée visée au paragraphe 43 (11) à moins qu'ils ne s'entendent avant la fin du troisième jour ouvrable qui suit le dernier en date du jour où l'assureur reçoit l'avis prévu au paragraphe (2) et celui où la personne assurée reçoit ce même avis.

(6) Si le centre d'évaluation désigné qui est déterminé conformément au paragraphe (1) ou à l'alinéa (4) b) est situé à plus de 100 kilomètres de la résidence de la personne assurée, cette dernière et l'assureur tentent de s'entendre sur la ou les personnes, dont au moins une est un praticien de la santé, qui procéderont à l'évaluation désignée.

(7) Si l'assureur et la personne assurée ne peuvent s'entendre aux termes du paragraphe (6), la personne assurée doit être évaluée au centre d'évaluation désigné déterminé conformément au paragraphe (1) ou à l'alinéa (4) b), selon le cas.

(8) Les paragraphes (6) et (7) ne s'appliquent pas à l'évaluation désignée exigée aux termes de l'article 39 ou 40 ni à celle visée au paragraphe 43 (11).

(9) Sauf disposition contraire du paragraphe 43 (11), le centre d'évaluation désigné doit commencer l'évaluation désignée dans les 14 jours de la réception d'une demande à cet effet.

(10) Si le centre d'évaluation désigné ne peut commencer l'évaluation désignée dans les 14 jours de la réception de la demande d'évaluation, la personne assurée ou l'assureur peut exiger que, sous réserve du paragraphe (2), cette évaluation soit faite par le deuxième centre d'évaluation désigné qui est situé le plus près de la résidence de la personne assurée et qui :

- a) d'une part, est autorisé à évaluer les déficiences du type dont souffre la personne assurée;
- b) d'autre part, est autorisé à procéder au type d'évaluation désignée qui est exigé.

(11) Pour l'application du présent article, l'évaluation désignée place un centre d'évaluation désigné dans une situation de conflit d'intérêts si, selon le cas :

- a) l'assureur, la personne assurée ou un représentant qui agit pour le compte de l'un ou de l'autre, notamment un avocat, a un intérêt financier dans le centre d'évaluation désigné;
- b) le centre d'évaluation désigné, une personne liée, un évaluateur ou un expert-conseil qui procédera à tout ou partie de l'évaluation désignée ou un établissement qui est, directement ou indirectement et en totalité ou en partie, la propriété du centre ou de la personne liée ou sous son contrôle :
 - (i) soit a fourni des biens ou des services à la personne qui doit être évaluée, à l'exception d'une évaluation désignée antérieure,
 - (ii) soit a préparé ou approuvé une formule de confirmation de traitement visée à l'article 37.1, un plan de traitement visé à l'article 38 ou une demande d'approbation d'une évaluation ou d'un examen visée à l'article 38.2 à l'intention de la personne qui doit être évaluée,
 - (iii) soit est nommé dans une formule de confirmation de traitement, un plan de traitement ou une demande d'approbation d'une évaluation ou d'un examen comme personne qui fournira des biens ou des services à la personne qui doit être évaluée.

(12) La définition qui suit s'applique à l'alinéa (11) b).

«personne liée» Relativement à un centre d'évaluation désigné, s'entend d'un propriétaire, d'un associé ou d'une autre personne qui a un intérêt financier dans le centre, mais non d'une personne qui a un intérêt financier dans le centre du fait seulement qu'elle est un créancier sans lien de dépendance avec celui-ci.

27. L'intertitre qui précède l'article 54 est abrogé.

28. Les paragraphes 55 (4) et (5) du Règlement sont abrogés et remplacés par ce qui suit :

(4) Si la personne assurée ne se conforme pas au paragraphe (1), l'assureur peut l'aviser qu'il a l'intention d'interrompre le versement de l'indemnité conformément au paragraphe (5).

(5) L'assureur peut interrompre le versement de l'indemnité s'il s'est écoulé au moins 14 jours depuis qu'un avis a été donné aux termes du paragraphe (4) et que la personne assurée ne s'est pas conformée au paragraphe (1).

(6) L'article 37 ne s'applique pas à l'égard de l'interruption du versement des indemnités effective ou envisagée visée au présent article.

(7) Si la personne assurée se conforme au paragraphe (1) après l'interruption du versement des indemnités visée au paragraphe (5), l'assureur reprend le versement de l'indemnité à l'égard des périodes qui suivent le moment où elle s'est conformée.

29. Les paragraphes 56 (3), (4) et (5) du Règlement sont abrogés et remplacés par ce qui suit :

(3) Si la personne assurée ne se conforme pas au paragraphe (1), l'assureur peut l'aviser qu'il a l'intention d'interrompre le versement de l'indemnité conformément au paragraphe (4).

(4) L'assureur peut interrompre le versement de l'indemnité s'il s'est écoulé au moins 14 jours depuis qu'un avis a été donné aux termes du paragraphe (3) et que la personne assurée ne s'est pas conformée au paragraphe (1).

(5) L'article 37 ne s'applique pas à l'égard de l'interruption du versement des indemnités effective ou envisagée visée au présent article.

(6) Si la personne assurée se conforme au paragraphe (1) après l'interruption du versement des indemnités visée au paragraphe (4), l'assureur reprend le versement de l'indemnité à l'égard des périodes qui suivent le moment où elle s'est conformée.

30. (1) Le paragraphe 59 (2) du Règlement est modifié par substitution de «l'article 30 de la Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail» à «l'article 10 de la Loi sur les accidents du travail».

(2) Le paragraphe 59 (3) du Règlement est modifié par substitution de «l'article 30 de la Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail» à «l'article 10 de la Loi sur les accidents du travail».

(3) Le paragraphe 59 (4) du Règlement est modifié par substitution de «l'article 30 de la Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail» à «l'article 10 de la Loi sur les accidents du travail».

31. Les alinéas a), b) et g) de la définition de «indemnité d'invalidité temporaire» au paragraphe 60 (3) du Règlement sont abrogés et remplacés par ce qui suit :

- a) d'une indemnité de remplacement de revenu ou de personne sans revenu d'emploi versée aux termes du présent règlement, sauf si elle est versée plus de 104 semaines après le début de l'invalidité;
- b) d'une indemnité de soignant versée aux termes du présent règlement;

g) des indemnités versées aux termes de l'article 37, du paragraphe 43 (9) ou du paragraphe 147 (2) de la Loi d'avant 1997, au sens de la partie IX de la *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail*, à l'égard des lésions survenues avant le 1^{er} janvier 1998, y compris des indemnités versées aux termes de ces dispositions telles qu'elles sont réputées modifiées par la partie IX de la même loi;

g.1) des prestations versées aux termes du paragraphe 43 (3) de la *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* à l'égard des lésions survenues après le 31 décembre 1997;

32. (1) Le paragraphe 65 (1) du Règlement est abrogé et remplacé par ce qui suit :

(1) Est nulle la cession d'une indemnité prévue par le présent règlement ou la cession du droit d'engager une procédure de médiation, d'arbitrage, d'appel ou de modification en vertu des articles 280 à 284 de la Loi.

(2) L'alinéa 65 (2) b) du Règlement est abrogé et remplacé par ce qui suit :

b) ni à la cession d'une indemnité :

(i) soit au ministère des Services à la collectivité, à la famille et à l'enfance,

(ii) soit à un agent de prestation des services visé par la *Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées* ou la *Loi de 1997 sur le programme Ontario au travail*,

(iii) soit au ministre des Finances aux termes du paragraphe 6.1 (4) de la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'accidents de véhicules automobiles*;

33. L'article 68 du Règlement est abrogé et remplacé par ce qui suit :

AVIS ET REMISE

68. (1) Les avis que le présent règlement exige ou permet de donner, sauf ceux visés au paragraphe 24 (1.3), 32 (1) ou (3.1) ou à la disposition 3 du paragraphe 43 (1), doivent être donnés par écrit.

(2) Tout document, notamment un avis écrit, que le présent règlement exige ou permet de donner à une personne peut être remis, selon le cas :

a) en l'envoyant par télécopie au destinataire ou à son avocat ou à son représentant autorisé, le cas échéant, conformément au paragraphe (6);

b) en remettant une copie à l'avocat ou au représentant autorisé, le cas échéant, du destinataire, ou à un employé de l'avocat ou du représentant;

c) en le remettant à personne au destinataire;

d) en l'envoyant par poste-lettres, par courrier certifié ou par courrier recommandé :

(i) dans le cas de l'assureur, à celui-ci ou à son directeur général à son siège social en Ontario qui figure dans les dossiers du surintendant,

(ii) dans le cas d'une autre personne que l'assureur, à la dernière adresse connue de cette personne.

(3) Malgré l'alinéa (2) d), aucun avis ou document qui doit être remis dans un délai d'au plus cinq jours ne doit être envoyé par poste-lettres, par courrier certifié ou par courrier recommandé.

(4) Lorsque, pour une raison quelconque, les efforts pour remettre un document à personne au domicile du destinataire s'avèrent vains, ce document peut être remis selon l'un des modes suivants :

a) d'une part, en remettant une copie sous pli cacheté au domicile du destinataire à une personne qui paraît majeure et semble faire partie du même ménage;

b) d'autre part, en envoyant par la poste une autre copie adressée au domicile du destinataire le jour même ou le lendemain.

(5) En l'absence de preuve contraire, le destinataire est réputé avoir reçu toute chose envoyée par poste-lettres, par courrier certifié ou par courrier recommandé en vertu de l'alinéa (2) d) ou remise à son domicile en vertu du paragraphe (4) le cinquième jour ouvrable suivant celui de sa mise à la poste conformément à l'alinéa (2) d) ou au paragraphe (4).

(6) Le document qui est remis par télécopie doit indiquer en première page :

a) les nom, adresse et numéro de téléphone de l'expéditeur;

b) le nom du destinataire;

c) la date de l'accident auquel se rapporte le document;

d) les nom, adresse et numéro de téléphone de la personne à laquelle se rapporte le document;

- e) les date et heure de la transmission;
- f) le nombre total de pages transmises, y compris la première page;
- g) le numéro de téléphone d'où est transmis le document;
- h) les nom et numéro de téléphone de la personne à contacter en cas de difficultés de transmission.

(7) Le document qui est remis conformément à l'alinéa (2) a), b) ou c) après 17 heures, heure locale du destinataire, est réputé remis le jour ouvrable suivant.

(8) Malgré le sous-alinéa (2) d) (i) et les paragraphes (5) et (7), si l'assureur fournit les nom et adresse d'une personne-ressource à qui des documents doivent être remis, rien de ce qui est remis à l'assureur sans être adressé à celle-ci à son adresse ne doit être considéré comme ayant été remis à l'assureur tant que la personne-ressource ne l'a pas reçu.

(9) La mention, dans le présent règlement, d'un nombre de jours entre deux événements se lit comme excluant le jour où se produit le premier événement, mais incluant celui où se produit le deuxième.

(10) Sous réserve du paragraphe (11), si une disposition du présent règlement exige qu'une personne fasse quelque chose dans un délai exprimé en jours ou en jours ouvrables, le délai est réputé expirer son dernier jour à 17 heures, heure locale.

(11) Le délai dans lequel une personne est tenue de faire quelque chose qui expire un jour autre qu'un jour ouvrable est réputé expirer le jour ouvrable suivant à 17 heures, heure locale.

(12) Pour l'application des paragraphes (10) et (11), si la personne qui remet un document ou un avis et son destinataire se trouvent dans des fuseaux horaires différents, la mention de l'expression «17 heures, heure locale» vaut mention du moment où il est 17 heures dans un fuseau horaire et plus tard que 17 heures dans l'autre.

34. L'article 69 du Règlement est abrogé et remplacé par ce qui suit :

69. Les documents qui suivent sont rédigés selon la formule qu'approuve le surintendant :

1. La formule de demande visée à l'alinéa 32 (2) a).
2. Le certificat exigé en vertu de l'article 34.
3. L'avis visé à l'article 36.
4. L'avis visé au paragraphe 37 (1).
5. La formule de confirmation de traitement visée à l'article 37.1.
6. La demande visée à l'article 38, y compris le plan de traitement.
7. La demande visée à l'article 38.2.
8. La demande visée au paragraphe 40 (1).
9. L'avis visé au paragraphe 40 (2).
10. Le rapport d'une évaluation désignée.
11. L'explication visée à l'article 45.
12. L'avis visé à l'article 49.

35. Le Règlement est modifié par adjonction de l'article suivant :

70.1 La formule 1, telle qu'elle existe le 30 septembre 2003, continue de s'appliquer à l'égard des accidents qui surviennent avant le 1^{er} octobre 2003.

36. La formule 1 du Règlement est abrogée et remplacée par ce qui suit :

Formule 1
ÉVALUATION DES BESOINS EN SOINS AUXILIAIRES

Loi sur les assurances

Envoyez la présente formule à :

**Évaluation des besoins en
soins auxiliaires**
(Formule I)

N° de la police :

N° de la demande de règlement :

Servez-vous de la présente formule pour indiquer les soins auxiliaires dont le demandeur aura besoin à l'avenir à la suite d'un accident d'automobile qui survient le 1^{er} octobre 2003 ou par la suite. La présente formule doit être remplie par un membre d'une profession de la santé que la loi autorise à traiter la déficience du demandeur (désigné ci-dessous comme un membre d'une profession de la santé réglementée). Elle se compose de cinq parties :

- Partie 1 : Soins auxiliaires de niveau 1
- Partie 2 : Soins auxiliaires de niveau 2
- Partie 3 : Soins auxiliaires de niveau 3
- Partie 4 : Calcul du coût des soins auxiliaires
- Partie 5 : Signature du ou des évaluateurs

Veuillez remplir toutes les parties pertinentes. Vous devrez faire des copies et en remettre une :

- au demandeur
- au praticien de la santé du demandeur
- à la compagnie d'assurance du demandeur

Remarque: Les utilisateurs de la Formule I doivent également examiner les autres indemnités d'accident offertes en vertu de l'Annexe sur les indemnités d'accident légales pour le cas où le remboursement d'autres pertes et dépenses (comme les frais de travaux ménagers, d'entretien du domicile, de transport, de modification du domicile et d'autres frais médicaux et de réadaptation) serait possible.

Nom du demandeur	Nom du demandeur	Date de naissance	
	Numéro et rue	Date de l'accident	
	Ville	Province	Code postal
	Nom du titulaire de la police (s'il ne s'agit pas du demandeur)	N° de la police	

Date de la présente évaluation :

S'agit-il de la première évaluation de ce demandeur? Oui Non

Date de la dernière évaluation

Indemnité mensuelle actuelle

Praticien de la santé du demandeur	Nom du praticien de la santé	N° de téléphone
	Établissement	
	Numéro et rue	
	Ville	Province

Compagnie d'assurance	Dénomination sociale	N° de téléphone	
	Numéro et rue		
	Ville	Province	Code postal
	Nom du titulaire de la police	N° de la police	

Formule 1 (06/03)
Page 1 de 8

**Partie 1 :
Soins
auxiliaires
de niveau 1**

Les soins auxiliaires de niveau 1 sont consacrés aux soins personnels ordinaires. Veuillez évaluer les besoins du demandeur pour chaque activité de la liste. Estimez la durée de chacune et le nombre de fois par semaine qu'elle devrait être accomplie. Multipliez le nombre de minutes par le nombre de fois par semaine pour obtenir le nombre total de minutes par semaine à consacrer à chacune des activités.

	Nombre de minutes	x	Nombre de fois par semaine	=	Total des minutes par semaine
S'habiller	Haut du corps (par exemple : sous-vêtements, chemise ou blouse, chandail, cravate, veste, gants, bijoux)				
	Bas du corps (par exemple : sous-vêtements, slip jetable, jupe ou pantalon, chaussettes, bas-culotte, pantoufles, chaussures)				
	Total partiel				

Se déshabiller	Haut du corps (par exemple : sous-vêtements, chemise ou blouse, chandail, cravate, veste, gants, bijoux)				
	Bas du corps (par exemple : sous-vêtements, slip jetable, jupe ou pantalon, chaussettes, bas-culotte, pantoufles, chaussures)				
	Total partiel				

Prothèses	Fixer la prothèse de membre supérieur ou inférieur et les chaussettes prothétiques				
	Changer les accessoires terminaux et ajuster la prothèse, au besoin				
	S'assurer du bon entretien et du bon fonctionnement de la prothèse				
	Total partiel				

Orthèses	Aider le demandeur à revêtir les orthèses prescrites (par exemple : vêtements pour brûlés, attelles, supports, gouttières ou bas à varices)				
	Total partiel				

Suite de la partie 1 ...

	Nombre de minutes	Nombre de fois par semaine	Total des minutes par semaine
Toilette			
Visage : laver, rincer, sécher matin et soir			
Mains : laver, rincer, sécher matin et soir, avant et après les repas ainsi qu'après élimination			
Rasage : raser le demandeur au moyen d'un rasoir électrique ou de sûreté			
Maquillage : appliquer le maquillage sur demande ou au besoin			
Cheveux :			
brosser et peigner au besoin			
laver et sécher à l'aide d'un séchoir ou d'une serviette			
faire la mise en plis, coiffer ou donner un coup de peigne			
Ongles des mains : nettoyer et manucurer au besoin			
Ongles des orteils : nettoyer et couper au besoin			
Total partiel			

Alimentation			
Préparer le demandeur pour les repas (y compris l'amener au lieu du repas)			
Préparer le repas du demandeur, puis le servir et le faire manger ou aider à ce faire			
Total partiel			

Mobilité (déplacements)			
Aider le demandeur à se lever d'une position assise (par exemple d'un fauteuil roulant, d'une chaise, d'un sofa)			
Superviser ses pas ou l'aider à marcher			
L'aider dans ses déplacements au besoin (par exemple pour passer du lit au fauteuil roulant, et vice-versa)			
Total partiel			

Suite de la partie 1 ...

	Nombre de minutes	Nombre de fois par semaine	Total des minutes par semaine
Lessive additionnelle	Laver la literie du demandeur et ses vêtements à la suite d'incontinence ou si celui-ci renverse quelque chose		
	Laver ou nettoyer le matériel orthétique qui demande un entretien particulier		
Total partiel			
Total de la partie 1 : Additionnez tous les totaux partiels de la partie 1. Inscrivez le total ici et à la partie 4, page 8.			

Partie 2 : Soins auxiliaires de niveau 2

Les soins auxiliaires de niveau 2 sont consacrés aux fonctions de surveillance élémentaires. Veuillez évaluer les besoins du demandeur pour chaque activité de la liste. Estimez la durée de chacune et le nombre de fois par semaine qu'elle devrait être accomplie. Multipliez le nombre de minutes par le nombre de fois par semaine pour obtenir le nombre total de minutes par semaine à consacrer à chacune des activités.

	Nombre de minutes	Nombre de fois par semaine	Total des minutes par semaine
Hygiène	Salle de bains		
	Nettoyer la baignoire, la douche, le lavabo ou la toilette après usage		
	Chambre à coucher		
	Changer la literie du demandeur, faire le lit, nettoyer la chambre, y compris les lève-malades, les barres aériennes, les tables de nuit		
	S'assurer du confort et de la sécurité de la pièce		
	Soin des vêtements		
	Aider à préparer l'habillement quotidien		
Pendre les vêtements et trier les vêtements pour la lessive ou le nettoyage			
Total partiel			
Soins de surveillance élémentaires	Le demandeur est incapable de raccorder le tube à la trachée s'il s'en détache		
	Le demandeur a besoin d'aide pour sortir du fauteuil roulant, pour changer de position à intervalles réguliers, pour les soins génito-urinaux		
	Le demandeur est incapable de s'asseoir dans un fauteuil roulant et d'en sortir sans aide ou d'être autonome en cas d'urgence		
	Le demandeur est incapable de réagir à une urgence ou a besoin de soins en milieu surveillé en raison de changements de comportement		
Total partiel			
Coordination des soins auxiliaires	Le demandeur a besoin d'aide pour coordonner ou programmer les soins auxiliaires (1 heure par semaine au maximum)		
	Total partiel		
Total de la partie 2 : Additionnez tous les totaux partiels de la partie 2. Inscrivez le total ici et à la partie 4, page 8.			

**Partie 3 :
Soins
auxiliaires
de niveau 3**

Les soins auxiliaires de niveau 3 sont consacrés aux fonctions complexes en matière de soins de santé ou d'hygiène. Veuillez évaluer les besoins du demandeur pour chaque activité de la liste. Estimez la durée de chacune et le nombre de fois par semaine qu'elle devrait être accomplie. Multipliez le nombre de minutes par le nombre de fois par semaine pour obtenir le nombre total de minutes par semaine à consacrer à chacune des activités.

	Nombre de minutes	Nombre de fois par semaine	Total des minutes par semaine
Appareil généto- urinaire	Effectuer des cathétérismes		
	Installer, vider et nettoyer les systèmes de drainage		
	Laver le demandeur et nettoyer l'équipement après utilisation ou en cas d'incontinence		
	Se servir de slips jetables au besoin		
	S'occuper des besoins rattachés au cycle menstruel au besoin		
	Surveiller les résidus		
	Total partiel		
Soins Intestinaux	Administrer des lavements ou introduire des suppositoires et exécuter des stimulations ou disimpactions		
	Administrer des soins post-colostomie ou post-iléostomie		
	Installer, vider et nettoyer les systèmes de drainage, y compris les anses iliales		
	Se servir de slips jetables au besoin		
	Laver le demandeur et nettoyer l'équipement après utilisation ou en cas d'élimination		
	Total partiel		
Soins post- trachéostomie	Changer les cathéters internes et externes au besoin et les nettoyer		
	Changer le sparadrap au besoin		
	Exécuter des aspirations au besoin		
	Nettoyer et entretenir l'aspirateur		
	Total partiel		
Contrôle du ventilateur	S'assurer que la pression et le volume sont maintenus de la façon prescrite		
	Maintenir l'humidification selon les indications		
	Changer et nettoyer les tubes et les filtres au besoin		
	Nettoyer le système d'humidification au besoin		
	Régler l'appareil selon les besoins du demandeur (par exemple en cas de rhume ou de congestion)		
	Raccorder les tubes s'ils se détachent		
	Total partiel		

Suite de la partie 3 ...

	Nombre de minutes	x Nombre de fois par semaine	= Total des minutes par semaine
Exercice			
Aider le demandeur à faire ses exercices ou ses étirements selon le programme prescrit			
Aider le demandeur à marcher avec des béquilles, des cannes, des attelles ou un déambulateur			
	Total partiel		

Soins de la peau (sauf le bain)	S'occuper des soins de la peau : plaies, lésions, éruptions (cas d'amputations, de brûlures profondes, de lésions de la moëlle épinière, etc.)			
	Appliquer des médicaments et les pansements prescrits			
	Appliquer les crèmes, lotions, pâtes, pommades, poudres de la façon prescrite ou au besoin			
	Examiner les parties du corps pour repérer les plaies de pression, les ruptures de l'épiderme ou les éruptions			
	Changer le demandeur de position à intervalles réguliers pour éviter ou réduire les plaies de pression ainsi que les ruptures de l'épiderme et les déchirures de la peau			
	Total partiel			

Médicaments	Par voie orale			
	Administer les médicaments prescrits			
	Surveiller la prise des médicaments et leur effet			
	Assurer l'approvisionnement en médicaments et leur contrôle			
	Par injection			
	Administer les médicaments prescrits			
	Surveiller la prise des médicaments et leur effet			
	Assurer l'approvisionnement en médicaments et leur contrôle			
	Par inhalothérapie ou oxygénothérapie			
	Administer la dose prescrite au besoin			
	Assurer l'approvisionnement en fournitures et leur contrôle			
	Nettoyer et entretenir l'équipement			
	Total partiel			

Suite de la partie 3 ...

		Nombre de minutes	x Nombre de fois par semaine	= Total des minutes par semaine
Bain	Baignoire ou douche			
	Faire passer le demandeur du lit, du fauteuil roulant ou des lève-malades à la baignoire ou à la douche, et vice-versa			
	Laver et essuyer le demandeur			
	Appliquer les crèmes, lotions, pâtes, pommades, poudres de la façon prescrite ou au besoin			
	Bassin hygiénique			
	Préparer le matériel			
	Laver et essuyer le demandeur			
	Appliquer les crèmes, lotions, pâtes, pommades, poudres de la façon prescrite ou au besoin			
	Nettoyer et entretenir le matériel, notamment le bassin hygiénique			
	Hygiène bucco-dentaire			
	Brosser les dents et passer la soie dentaire			
	Désinfecter la bouche au besoin			
	Nettoyer les dentiers au besoin			
	Total partiel			

Autres traitements	Stimulation électrique nerveuse percutanée (TENS)			
	Préparer l'appareil			
	Administrer le traitement de la façon prescrite ou au besoin			
	Stimulation de la colonne vertébrale (DCS)			
	Examiner la peau			
	Entretien de l'appareil			
Total partiel				

Suite de la partie 3 ...

	Nombre de minutes	Nombre de fois par semaine	Total des minutes par semaine
Entretien des fournitures et de l'équipement	Surveiller, commander et entretenir les fournitures ainsi que l'équipement nécessaires		
	S'assurer que les fauteuils roulants, appareils prothétiques, lève-malades, chaises de douche et autre équipement médical spécialisé ainsi que les appareils et accessoires fonctionnels sont sans danger		
Total partiel			
Soins de surveillance spécialisés	Le demandeur a besoin de soins de surveillance spécialisés en raison d'un comportement violent qui risque de le blesser ou de blesser quelqu'un d'autre.		
	Total partiel		

Total de la partie 3 : Additionnez tous les totaux partiels de la partie 3. Inscrivez le total ici et ci-dessous.

**Partie 4 :
Calcul du coût des soins auxiliaires**

L'évaluateur doit remplir la présente partie. Calculez l'indemnité mensuelle de soins auxiliaires pour les parties 1, 2 et 3. La somme des trois parties représentera le montant total évalué de l'indemnité mensuelle de soins auxiliaires.

	Total des minutes par semaine	Total des heures par semaine	Total des heures par mois	Taux horaire	Indemnité mensuelle de soins auxiliaires
Partie 1 (de la p. 4)	÷ 60 =	× 4,3 =	×	10,53 \$	= \$
Partie 2 (de la p. 4)	÷ 60 =	× 4,3 =	×	7,00 \$	= \$
Partie 3 (de la p. 8)	÷ 60 =	× 4,3 =	×	16,86 \$	= \$

Montant total évalué de l'indemnité mensuelle de soins auxiliaires \$
(Ce montant est assujéti aux plafonds permis par l'Annexe sur les indemnités d'accident légales)

**Partie 5 :
Signature du ou des évaluateurs**
(Membre(s) d'une profession de la santé réglementée)

Nom du membre d'une profession de la santé réglementée		Numéro d'inscription		Profession: <input type="checkbox"/> Chiropraticien(ne) <input type="checkbox"/> Dentiste <input type="checkbox"/> Massothérapeute <input type="checkbox"/> Infirmier/Infirmière <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)		Numéro de FAAS (s'il y a lieu)		
Numéro et rue				
Ville	Province	Code postal		
Numéro de téléphone		Poste	N° de télécopieur	
Courriel				
Par la présente, je confirme que, au meilleur de ma connaissance, les renseignements figurant dans la présente formule sont exacts. J'ai obtenu l'autorisation appropriée du demandeur pour la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements soumis.				
Signature du membre d'une profession de la santé réglementée			Date (AAAA/MM/JJ)	

37. Le présent règlement entre en vigueur le dernier en date du 1^{er} octobre 2003 et du jour de son dépôt.
29/03

ONTARIO REGULATION 282/03

made under the

MINING ACT

Made: June 25, 2003

Filed: July 3, 2003

Amending O. Reg. 240/00

(Mine Development and Closure under Part VII of the Act)

Note: Ontario Regulation 240/00 has not previously been amended.

1. Paragraphs 5 and 6 of subsection 3 (1) of Ontario Regulation 240/00 are revoked and the following substituted:

5. Surface stripping on mining lands where the area over which the surface stripping is carried out is greater than 10,000 square metres or where the volume of the surface stripping is greater than 10,000 cubic metres.
6. Surface stripping on mining lands where the area over which the surface stripping is carried out is greater than 2,500 square metres or where the volume of the surface stripping is greater than 2,500 cubic metres, if the surface stripping is carried out within 100 metres of a body of water.

2. Section 11 of the Regulation is revoked and the following substituted:

11. For the purpose of the reporting requirements referred to in clauses 140 (4) (b) and 141 (3) (b) of the Act, a closure plan shall include at least the items and information set out in Schedule 2 in the order in which the Schedule sets out the items and information to be included.

3. (1) Section 12 of the Regulation is amended by adding the following subsection:

- (1.1) In subsections (2) to (10), a reference to a closure plan includes an amendment to a closure plan.

(2) Clauses 12 (4) (e) and (f) of the Regulation are revoked and the following substituted:

- (d) if the certificate is not based on personal examination of the project, indicate the source of the information assessed before making the certificate; and
- (e) contain details of any direct or indirect interest, current or expected, of the person providing the certificate or of a person who has provided information to that person, in the project of a corporate proponent or any of the proponent's affiliates, including any direct or indirect beneficial ownership in the securities of the proponent or any of its affiliates.

(3) Subsection 12 (5) of the Regulation is amended by striking out "For the purposes of clause (4) (f)" and substituting "For the purposes of clause (4) (e)".

4. Paragraph 2 of subsection 15 (6) of the Regulation is amended by striking out "mill".**5. Paragraph 1 of subsection 16 (1) of the Regulation is revoked.****6. Paragraph 1 of subsection 17 (1) of the Regulation is revoked.****7. (1) Section 10 of Schedule 1 to the Regulation is amended by striking out "30" and substituting "90".**

(2) Paragraph 3 of subsection 41 (2) of Schedule 1 to the Regulation is amended by striking out "waterhouse" and substituting "watercourse".

(3) Subsection 47 (1) of Schedule 1 to the Regulation is revoked and the following substituted:

- (1) Surface water chemical monitoring shall be conducted for the following:

1. Discharge or seepage exiting on-site sources.
2. Discharge or seepage exiting the property boundary.
3. On-site water bodies and water bodies downstream from the site.
4. Background reference sites.

(4) Section 62 of Schedule 1 to the Regulation is amended by striking out "plus" in the portion before clause (a) and substituting "plugs".

29/03

INDEX 29**GOVERNMENT NOTICES/AVIS DU GOUVERNEMENT**

Certificates of Dissolution/Certificats de dissolution	1821
Cancellations for Cause (Business Corporations Act)/Annulations à juste titre (Loi sur les sociétés par actions)	1823
Errata	1823
Notice of Default in Complying with the Corporations Information Act/Avis de non-observation de la loi sur les renseignements exigés des compagnies et des associations	1823
Notice of Default in Complying with the Corporations Tax Act/Avis d'inobservation de la loi sur les corporations	1824
Cancellation of Certificates of Incorporation (Business Corporations Act)/Annulation de certificats de constitution en personne morale (Loi sur les sociétés par actions)	1824
Cancellation of Certificates of Incorporation (Corporations Tax Act Defaulters)/Annulation de certificats de constitution en personne morale (Non-respect de la Loi sur l'imposition des personnes morales)	1824
Co-operative Corporations Act (Certificates of Incorporation Issued)/Loi sur les sociétés coopératives (Certificats de constitution délivrés)	1824
Financial Services Commission of Ontario/Commission des services financiers de l'Ontario	1825
Applications to Provincial Parliament—Private Bills/Demandes au Parlement provincial—Projets de loi d'intérêt privé	1848
Applications to Provincial Parliament/Demandes au Parlement provincial	1849

PARTNERSHIP DISSOLUTION/CHANGES/DISSOLUTION DE SOCIÉTÉS/LA MODIFICATIONS	1849
SHERIFF'S SALES OF LANDS/VENTES DE TERRAINS PAR LE SHÉRIF	1849
SALES OF LANDS FOR TAX ARREARS BY PUBLIC TENDER/VENTES DE TERRAINS PAR APPEL D'OFFRES POUR ARRIÉRÉ D'IMPÔT	1850

**PUBLICATIONS UNDER THE REGULATIONS ACT/
PUBLICATIONS EN VERTU DE LA LOI SUR LES RÈGLEMENTS**

Environmental Protection Act	O. Reg. 273/03	1904
Environmental Protection Act	O. Reg. 274/03	1904
Insurance Act	O. Reg. 275/03	1905
Insurance Act	O. Reg. 276/03	1908
Insurance Act	O. Reg. 278/03	1912
Insurance Act	O. Reg. 277/03 Loi sur les assurances Règl. de l'Ont. 277/03	1909
Insurance Act	O. Reg. 281/03 Loi sur les assurances Règl. de l'Ont. 281/03	1917
Mining Act	O. Reg. 282/03	1975
Motor Vehicle Accident Claims Act	O. Reg. 279/03	1913
Motor Vehicle Accident Claims Act	O. Reg. 280/03	1915
Nutrient Management Act, 2002	O. Reg. 267/03	1853
Ontario Water Resources Act	O. Reg. 271/03	1903
Ontario Water Resources Act	O. Reg. 272/03	1903
Safe Drinking Water Act, 2002	O. Reg. 268/03	1898
Safe Drinking Water Act, 2002	O. Reg. 269/03	1898
Safe Drinking Water Act, 2002	O. Reg. 270/03	1902

Discounted Publications

The following publications are now available at **greatly reduced prices. No refunds or exchanges.**

Pub#	Title	Reg Price	Sale Price
103909	Achieving Equality: Human Rights Reform	\$12.00	\$5.00
103456	Action: Communications Guide for Social Marketing in Health Promotion	\$16.00	\$5.00
102198	Competing in the New Global Economy Vol. 1	\$5.00	\$2.00
102200	Competing in the New Global Economy Vol. 2	\$5.00	\$2.00
102199	Competing in the New Global Economy Vol. 3	\$5.00	\$2.00
105542	Electronic Trading Systems OSC Forum Proceedings	\$10.00	\$3.00
104565	Empowering Spirit of the Native People: Native Literacy Movement in Ontario	\$5.00	\$2.00
106055	Guide for Design of Rapid Transit Stations	\$25.00	\$7.50
102638	Managing for Learning in Organizations	\$14.00	\$5.00
104309	Ontario Communications Handbook	\$7.50	\$1.50
106252	Ontario School Board Reduction Task Force: Final Report	\$8.00	\$2.00
105615	Ontario Transfer Guide: Agreement Among Ontario Colleges and Universities	\$7.00	\$2.50
102644	Options: Handbook of Retirement Information and Exercises	\$5.00	\$2.00
102214	People and Skills in the New Global Economy	\$5.00	\$2.00
102371	Prescriptions for Health: Appendices	\$10.00	\$5.00
106404	Report to the Attorney General of Ontario on Certain Matters Relating to Karla Homolka	\$20.00	\$5.00
106180	Report of the Commission on Systemic Racism in the Ontario Criminal Justice System: Community Summary	\$4.30	\$2.00
104481	Review of Maternal and Newborn Hospital Services in Ontario	\$7.50	\$3.00
110825	Revised Regulations of Ontario 1990 (9 volume set)	\$495.00	\$50.00
104121	Revised Regulations of Ontario 1990 Supplement (3 volume set)	\$ 55.00	\$10.00
110824	Revised Statutes of Ontario 1990 (12 volume set)	\$695.00	\$75.00
105528	Report on the Relationship between Victims of Crime and the Justice System in Ontario	\$10.00	\$2.50
104131	Royal Commissions and Commissions of Inquiry 1792-1991: Checklist	\$15.00	\$2.50
107565	Commission on Proceedings Involving Guy-Paul Morin; 1998 (Executive Summary)	\$8.00	\$6.50
107563	Commission on Proceedings Involving Guy-Paul Morin; 1998	\$35.00	\$17.50
101782	Working Times	\$7.00	\$2.00
400033	An Lao - Seniors Services for the Chinese Community	\$10.00	\$6.00
400079	Canadian Municipal Environmental Directory (1 st edition)	\$49.95	\$24.95
106739	Excellence in Education : High School Reform, a Discussion Paper (5 volume set)	\$8.50	\$4.00
106762	Excellence in Education : High School Reform, a Discussion Paper	\$2.00	\$1.00
106176	Greater Toronto: Report of the GTA Task Force; Jan 1996	\$25.00	\$5.00

106989	LEO : Environment Ontario Lexicon 1997	\$20.00	\$10.00
104388	New Planning for Ontario, Final Report: Commission on Planning and Development Reform in Ontario: June 1993	\$9.95	\$2.00
107281	One-Year Review of Casino Windsor	\$5.00	\$1.50
101305	Ontario Study of the Relevance of Education, and the Issue of Dropouts ; November 1987	\$6.00	\$1.50
107271	The Road Ahead- A report on Learning Time, Class Size and Staffing (First report of the Education Improvement Commission August 1997)	\$9.50	\$2.50
103528	Statutes of Ontario, 1991	\$35.00	\$10.00
104296	Statutes of Ontario, 1992	\$30.00	\$10.00
104942	Statutes of Ontario, 1993	\$35.00	\$10.00
105909	Statutes of Ontario, 1994	\$56.00	\$15.00
106293	Statutes of Ontario, 1995	\$30.00	\$15.00
106971	Statutes of Ontario, 1996	\$65.00	\$15.00
107669	Statutes of Ontario, 1997	\$145.00	\$30.00
107708	Statutes of Ontario, 1998	\$150.00	\$50.00
107819	Statutes of Ontario, 1999	\$145.00	\$72.50
107907	Statutes of Ontario, 2000	\$185.00	\$140.00
107994	Government of Ontario Telephone Directory 2002	\$13.50	\$6.75
104079	Sugar Bush Management for Maple Syrup Producers; Aug 92	\$6.00	\$2.00
104053	Volunteer Transportation Service 1992 Coordinator's Manual	\$15.00	\$6.00
102191	Workable : Fulfilling the Potential of People with Disabilities Jan 90	\$9.00	\$2.00

All sales are subject to **G.S.T.** and **P.S.T.** where applicable

TORONTO

For personal shopping:

Publications Ontario
880 Bay Street
Toronto, Ontario M7A 1N8

Monday to Friday

8:30 A.M to 5:00 P.M
(416) 326-5300
TTY Toll-Free 1-800-268-7095
Fax: (416) 326-5317

Internet: www.publications.gov.on.ca

OTTAWA

For personal shopping:

Access Ontario
161 Elgin St., Level 2
Ottawa, Ontario K2P 2K1

Monday to Friday

8:00 A.M to 5:00 P.M
Toll-Free: 1-800-668-9938
(613) 238-3630
Toll-Free: 1-800-268-8758
TTY: (613) 787-4043
Fax: (416) 566-2234

Internet: www.publications.gov.on.ca

For mail orders:

Publications Ontario
50 Grosvenor Street
Toronto, Ontario
M7A 1N8

For mail orders:

Access Ontario
161 Elgin St., Level 2
Ottawa, Ontario
K2P 2K1



Information

THE ONTARIO GAZETTE is published each Saturday and **advertisements must be received no later than Thursday 4 p.m., 9 days before publication of the issue in which they should appear.**

Advertisements including the names of any signing officers must be typed or written legibly.

1. Advertising rates are for a first insertion per columnar space
 - i. up to ¼ column or part thereof is \$55.00
 - ii. each additional ¼ column or part thereof up to one page is \$26.00
2. In each calendar year, after one page is reached, each ¼ page or part thereof is \$70.00
3. For each multiple insertion ordered at the same time as the first insertion, one-half the rate payable under paragraph 1 or 2, as the case may be

Subscription rate is \$126.50 + 7% G.S.T. for 52 weekly issues and the single copy price of \$2.90 + 7% G.S.T. payable in advance. All rates are subject to increases without notice. **For the correct rate, please contact us at (416) 326-3893 during normal business hours.**

Subscriptions may be paid by VISA, MasterCard or AMEX. Cheques or money orders should be made payable to THE MINISTER OF FINANCE and all correspondence, including address changes, should be mailed to:

THE ONTARIO GAZETTE
50 Grosvenor Street, Toronto, Ontario M7A 1N8
Telephone (416) 326-5310
Toll-Free 1-800-668-9938

Information

LA GAZETTE DE L'ONTARIO paraît chaque samedi, **et les annonces à y insérer doivent parvenir à ses bureaux le jeudi à 16 h au plus tard, soit au moins neuf jours avant la parution du numéro dans lequel elles figureront.**

Les annonces, ainsi que le nom des signataires autorisés, doivent être dactylographiées ou écrites lisiblement.

1. Tarifs publicitaires pour la première insertion, par espace-colonne
 - i. jusqu'une ¼ colonne ou une partie de celle-ci est 55,00 \$
 - ii. chaque ¼ colonne supplémentaire ou une partie de celle-ci jusqu'une page est 26,00 \$
2. Pendant une année calendaire, après être atteint une page, chaque ¼ page ou une partie de celle-ci est 70,00 \$
3. Pour chaque insertion multiple commandée en même temps que l'insertion initiale, le tarif se calcule à raison de 50 % du tarif payable indiqué au paragraphe 1 ou 2, selon le cas

Le tarif d'abonnement est de 126,50 \$ + 7% T.P.S. pour 52 numéros hebdomadaires, et le tarif au numéro, de 2,90 \$ + 7% T.P.S. (payable à l'avance). Tous les tarifs peuvent être augmentés sans préavis. **Pour le tarif approprié, veuillez téléphoner (416) 326-3893 pendant les heures d'ouverture normales de bureau.**

Les paiements peuvent être effectués au moyen de la carte VISA, MasterCard ou AMEX. Les chèques ou mandats doivent être faits à l'ordre du MINISTRE DES FINANCES et toute correspondance, notamment les changements d'adresse, doit être adressée à :

LA GAZETTE DE L'ONTARIO
50, rue Grosvenor, Toronto, (Ontario) M7A 1N8
Téléphone (416) 326-5310
Appel sans frais 1-800-668-9938