



The Ontario Gazette

La Gazette de l'Ontario

Vol. 136-39
Saturday, 27th September 2003

Toronto

ISSN 0030-2937
Le samedi 27 septembre 2003

Proclamation

(Great Seal of Ontario)

DENNIS O'CONNOR

PROVINCE OF ONTARIO

ELIZABETH THE SECOND, by the Grace of God of the United Kingdom, Canada and Her other Realms and Territories, Queen, Head of the Commonwealth, Defender of the Faith.

PROCLAMATION

KEEPING THE PROMISE FOR A STRONG ECONOMY ACT (BUDGET MEASURES), 2002

We, by and with the advice of the Executive Council of Ontario, name October 1, 2003 as the day on which section 120 of the *Keeping the Promise for a Strong Economy Act (Budget Measures), 2002, c. 22* comes into force.

WITNESS:

THE HONOURABLE
DENNIS O'CONNOR

ADMINISTRATOR OF THE GOVERNMENT OF OUR
PROVINCE OF ONTARIO

GIVEN at Toronto, Ontario, on September 16, 2003.

BY COMMAND

DAVID H. TSUBOUCHI
Chair of the Management Board of Cabinet

(Great Seal of Ontario)

DENNIS O'CONNOR

PROVINCE DE L'ONTARIO

ELIZABETH DEUX, par la grâce de Dieu, Reine du Royaume-Uni, du Canada et de ses autres royaumes et territoires, Chef du Commonwealth, Défenseur de la Foi.

PROCLAMATION

LOI DE 2002 SUR LE RESPECT DE L'ENGAGEMENT D'ASSURER UNE ÉCONOMIE SAINTE (MESURES BUDGÉTAIRES)

Sur l'avis du Conseil exécutif de l'Ontario, nous désignons le 1^{er} octobre 2003 comme le jour où entre en vigueur l'article 120 de la *Loi de 2002 sur le respect de l'engagement d'assurer une économie saine (mesures budgétaires), chap. 22*.

TÉMOIN :

L'HONORABLE
DENNIS O'CONNOR

ADMINISTRATEUR DU GOUVERNEMENT DE NOTRE
PROVINCE DE L'ONTARIO

FAIT à Toronto (Ontario) le 16 septembre 2003.

PAR ORDRE

DAVID H. TSUBOUCHI
Président du Conseil de gestion du gouvernement

(6890) 39

Published by Ministry of Consumer and Business Services
Publié par Ministère des Services aux consommateurs
et aux entreprises

© Queen's Printer for Ontario, 2003
© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2003



2429



**Motor Vehicle Transport Act/Truck Transportation Act
Loi sur les transports routiers/Loi sur le camionnage**

The following are applications for operating licences under the *Truck Transportation Act*, R.S.O. 1990, Chapter T.22, and/or the *Motor Vehicle Transport Act, 1987*, Chapter 35. The applicants have met the fitness requirements pursuant to Section 6 of the *Truck Transportation Act* and/or Section 8(2) of the *Motor Vehicle Transport Act, 1987* and the provincial transport board and/or the Registrar of Motor Vehicles proposes to issue the licences if no written objection is served on the applicant and filed with the Registrar of Motor Vehicles, within thirty days of this publication.

The following applicants have applied for Authority to offer a transportation service for the carriage of Goods:

On trouvera ci-après la liste des demandes de permis d'exploitation présentées en vertu de la *Loi sur le camionnage, L.R.O. 1990, chapitre T.22, et/ou la Loi de 1987 sur les transports routiers, L.C. 1987, chapitre 35*. On a jugé que les personnes ayant présenté ces demandes se conformaient aux critères d'aptitude prévus au paragraphe 8(2) de la *Loi de 1987 sur les transports routiers* et l'office des transports de l'Ontario et/ou le registraire des véhicules automobiles dans les trente jours suivant la publication des présentes.

Les personnes suivantes ont demandé l'autorisation d'offrir des services de transport de marchandises à destination.

KANDO TRANSPORT (CANADA) LTD.
MISSISSAUGA, ON

Greig Beatty
Manager
Chef de Service

(6892) 39

Ontario Highway Transport Board

NOTICE

Periodically, temporary applications are filed with the Board. Details of these applications can be made available at anytime to any interested parties by calling (416) 326-6732.

The following are applications for extra-provincial and public vehicle operating licenses filed under the *Motor Vehicle Transport Act, 1987*, and the *Public Vehicles Act*. All information pertaining to the applicant i.e. business plan, supporting evidence, etc. is on file at the Board and is available upon request.

Any interested person who has an economic interest in the outcome of these applications may serve and file an objection within 29 days of this publication. The objector shall:

1. complete a Notice of Objection Form,
2. serve the applicant with the objection,
3. file a copy of the objection and provide proof of service of the objection on the applicant with the Board,
4. pay the appropriate fee.

Serving and filing an objection may be effected by hand delivery, mail, courier or facsimile. Serving means the date received by a party and filing means the date received by the Board.

LES LIBELLÉS DES DEMANDES PUBLIÉES CI-DESSOUS SONT AUSSI DISPONIBLES EN FRANÇAIS SUR DEMANDE.

Pour obtenir de l'information en français, veuillez communiquer avec la Commission des transports routiers au 416-326-6732.

Daystar Coaches & Tours, Inc. 46183
1218 S. Sharpshire Dr., Waxahachie, TX 75165 USA

Applies for an extra provincial operating licence as follows:

For the transportation of passengers on a chartered trip, from points in United States of America as authorized by the relevant jurisdiction from the Ontario/USA, Ontario/Quebec and the Ontario/Manitoba border crossings:

- (a) to points in Ontario;
- (b) in transit through Ontario to the Ontario/Quebec, Ontario/Manitoba and the Ontario/USA border crossings for furtherance

and return of same passengers on the same chartered trip to point of origin.

Provided that there be no pick up or drop off of passengers except at point of origin.

1353087 Ontario Limited 45749-C
39 Pine St., Smooth Rock Falls, ON P0L 2B0

Applies for the approval of transfer of shares as follows:

100 Common Shares of the capital stock of 1353087 Ontario Inc. now in the name of Denis Gravel and Joanne Gravel, to Roland Cloutier and Ida Cloutier, 39 Pine Street, Smooth Rock Falls, Ontario P0L 2B0.

FELIX D'MELLO
Board Secretary/
Secrétaire de la Commission

(6891) 39

**Government Notices Respecting Corporations
Avis du gouvernement relatifs aux compagnies**

**Certificates of Dissolution
Certificats de dissolution**

NOTICE IS HEREBY GIVEN that a certificate of dissolution under the *Business Corporations Act*, has been endorsed. The effective date of dissolution precedes the corporation listings.

AVIS EST DONNÉ PAR LA PRÉSENTE que, conformément à la *Loi sur les compagnies*, un certificat de dissolution a été inscrit pour les compagnies suivantes : la date d'entrée en vigueur précède la liste des compagnies visées.

Name of Corporation: Dénomination sociale de la compagnie :	Ontario Corporation Number Numéro de la compagnie en Ontario
---	--

2003-07-11	
1010985 ONTARIO	1010985
2003-08-05	
ADVANCED INSULATION SYSTEMS LTD.	900236
HAMILTON'S BEST DISC JOCKEY SERVICES LTD. ...	335356
MALIK FOREIGN EXCHANGE INC.	1072136
MBN MARKETING INC.	1421858

Name of Corporation: Dénomination sociale de la compagnie :	Ontario Corporation Number Numéro de la compagnie en Ontario	Name of Corporation: Dénomination sociale de la compagnie :	Ontario Corporation Number Numéro de la compagnie en Ontario
PEGASUS BILLIARD LOUNGE LTD.	1463578	488312 ONTARIO LIMITED	488312
WEST LINCOLN ENERGY AND SERVICES INCORPORATED	1407983	970422 ONTARIO INC.	970422
1036945 ONTARIO INC.	1036945	2003-08-13	
1441685 ONTARIO LIMITED	1441685	AFAREEN INC.	1141723
1509573 ONTARIO INC.	1509573	BERRY INVESTMENTS LIMITED	74884
2003-08-06		CHIPCHASE INTERIORS AND DESIGN LTD.	237427
1196801 ONTARIO LIMITED	1196801	CONTRA PRO INC.	1240977
2003-08-07		CUSTOMER RELATIONS CONSULTANTS INC.	1221607
G.T. CRUMP COMPANY LTD.	922844	DON CUDAHY AND COMPANY LIMITED	210058
2003-08-08		DON FORBES ASSOCIATES INC.	1292437
#3 CONSULTANTS GROUP INC.	998402	EART ORIGINALS INCORPORATED	1411879
CAN-USA SCREW MACHINE SALES & REBUILDERS INC.	643352	FRAME BY FRAME INTERNATIONAL INC.	635156
ESPANOLA BOWL INC.	441567	GROMAR PHYSICAL MEDICINE CLINIC INC.	1138495
FORTUNE WAVE COMPANY (CANADA) LIMITED	1051844	JERRY BULLOCK & ASSOCIATES INC.	896385
GLENBEA MANAGEMENT INC.	794348	JOSEPH A. OUELLETTE INSURANCE AGENCY LTD.	478656
L.A. JUNKIN TRUCKING LTD.	413266	KAITLIN SYSTEMS R&D INC.	1343190
MICRODUCTIONS LIMITED	315413	KEELAW PODIATRY MANAGEMENT SERVICES INC.	700317
MOTIVATIONAL PREMIUMS LIMITED	265280	WALKIE ELECTRIC LIMITED	230965
MYCO SALES LIMITED	316315	1049122 ONTARIO INC.	1049122
N K H LTD.	73889	1288860 ONTARIO LTD.	1288860
PATENTLAW OFFICE SERVICES INC	879474	1387932 ONTARIO INC.	1387932
PMA HOLDINGS INC.	966554	548963 ONTARIO LTD.	548963
RACING CIRCLES INC.	1057519	640577 ONTARIO INC.	640577
SANYOU EAT-A-WAY INC.	1211495	997276 ONTARIO LIMITED	997276
TLC REALTY LTD.	1022833	2003-08-14	
TOKENS FINE FOODS LIMITED	1258038	CONVEX MARKET LTD.	2022138
1092226 ONTARIO LIMITED	1092226	E-SEARCH INC.	1128900
1262984 ONTARIO INC.	1262984	GREATER BLACK BAY INDUSTRIES LIMITED	429386
1324031 ONTARIO INC.	1324031	JACK KLYMAN SALES LIMITED	379486
579327 ONTARIO INC.	579327	KNAC COMPUTING INC.	1294490
606996 ONTARIO LIMITED	606996	M. WILLMS MANAGEMENT SYSTEMS INC.	416738
2003-08-10		P3 HEALTH INC.	581642
AAYAB CONSULTANTS AND AGENTS INC.	984385	RENOVATIONS BY ROOMS INC.	1384423
CREATIVE DISABILITY SERVICES INC.	1101668	ROAD RADIO INC.	1030605
FAIRWAY INDOOR GOLF INC.	1023981	STAINED GLASS STUDIO OF KING LIMITED	435087
ROSEVILLE CUSTOM COOLING INC.	670437	WERNER KREBS SALES LIMITED	633697
SISTERS' COLLECTIONS INC.	1368656	1097602 ONTARIO LTD.	1097602
1064940 ONTARIO LIMITED	1064940	1189476 ONTARIO INC.	1189476
600422 ONTARIO INC.	600422	1260487 ONTARIO LIMITED	1260487
967393 ONTARIO INC.	967393	1368338 ONTARIO LTD.	1368338
2003-08-11		1418329 ONTARIO LTD.	1418329
B.R.O.M. MANAGEMENT LIMITED	303961	833547 ONTARIO LIMITED	833547
CARPET GALAXY LTD.	987625	893723 ONTARIO INC.	893723
EH! INC.	942206	2003-08-20	
FOSTAR ASIAN DEVELOPMENT INC.	1155475	DENAU MANAGEMENT LTD.	804833
GLOBAL ENABLING TECHNOLOGIES LIMITED	1295158	2003-08-25	
GOLDEN INDEPENDENCE INC.	1126323	AMARAL CORPORATION INC.	873444
KILEY CHEMICALS INC.	689372	BERT-RO-BERT PLASTICS LIMITED	609340
KUSICK BOOKKEEPING SERVICES LTD.	429077	NANCY MCCANN REALTY INC.	598270
PARTYCO HOLDINGS LTD.	1206528	OCTAGON ASSOCIATES INCORPORATED	823922
RESTORATION PIPELINES LIMITED	353794	2003-08-26	
SAUNDERS TRAVEL SERVICE COMPANY LIMITED	140229	DAMN YANKEES INC.	667789
1046639 ONTARIO INC.	1046639	FIRST CORPORATE MANAGEMENT LTD.	683164
1172607 ONTARIO INC.	1172607	2003-08-27	
1188914 ONTARIO LIMITED	1188914	GARDEN PUTT INC.	1124072
1210344 ONTARIO INC.	1210344	JACK CHISHOLM FILM PRODUCTIONS, LIMITED	92412
1223231 ONTARIO LTD.	1223231	JESAN HOLDINGS INC.	576815
1297290 ONTARIO LIMITED	1297290	M&I DRAFTING AND ENGINEERING SERVICES LTD.	1093695
1378142 ONTARIO INC.	1378142	OPTIMUM COMMODITIES LIMITED	1407054
599110 ONTARIO INC.	599110	R. MACRI INVESTMENTS LIMITED	360601
818692 ONTARIO INC.	818692	VASILIA FASHIONS ENTERPRISES LIMITED	659741
856396 ONTARIO INC.	856396	1055664 ONTARIO INC.	1055664
874283 ONTARIO LIMITED	874283	1211315 ONTARIO LIMITED	1211315
962905 ONTARIO LIMITED	962905	1277070 ONTARIO LIMITED	1277070
2003-08-12		1394333 ONTARIO INC.	1394333
DIGENNARO HOMES LTD.	640279	547821 ONTARIO LIMITED	547821
HOPE WATERPARK LTD.	835237	2003-08-28	
JMS GROUP INC.	1004462	COMMUNICO ALLIANCE INC.	1354995
MEDI-PRO DENTAL SUPPLIES INC.	1200526	WITTOR HOLDINGS INC.	494680
TWISTED KNICKERS TRADING INCORPORATED	1081703	1132780 ONTARIO LTD.	1132780
		1155440 ONTARIO INC.	1155440
		1422208 ONTARIO INC.	1422208

Name of Corporation: Dénomination sociale de la compagnie :	Ontario Corporation Number Numéro de la compagnie en Ontario
1521861 ONTARIO INC.	1521861
2013380 ONTARIO INC.	2013380
2003-08-31	
CHEMICAL AESTHETICS INCORPORATED	1356434
PAPELAND DEVELOPMENTS INC.	272114
1167671 ONTARIO LTD.	1167671
2003-09-02	
CODINO CONSULTANTS LIMITED	318276
PET WATCH LTD.	1137262
2003-09-03	
H.J.X. COMPANY INC.	1095360
2003-09-04	
HALALCO INC.	1478482
MORLIST INTERNATIONAL LIMITED	559667
854045 ONTARIO LIMITED	854045
2003-09-05	
PRO-SHIELD HARD PARTS LTD.	1360551
2003-09-08	
EASTERN UNITED REALTY INC.	455623
G.G.O.B. INC.	1445508
LEGROS LOGGING LTD.	448003
LIQUIMEDIA INC.	1306471
PAROLI FUEL INCORPORATED	1316198
PRESCOTT BUSINESS CENTRE INC.	1234799
TERANDCO SOFTWARE INC.	1066127
1068078 ONTARIO LIMITED	1068078
1071920 ONTARIO LIMITED	1071920
1537630 ONTARIO LIMITED	1537630
354537 ONTARIO LTD.	354537
768460 ONTARIO LTD.	768460
2003-09-09	
ALBERT & HARVIE LIMITED	126355
BUMSTEDS ELECTRIC PLUMBING & HEATING LIMITED	125846
HEALTH CARE OVERVIEW INC.	1213689
HOPKINS MANAGEMENT CONSULTING INC.	1212628
MBS INVESTMENT CONDUIT CORP.	1025866
NATIONAL SECURITY TECHNOLOGIES INC.	932166
O'HALLORAN COMBUSTION COMPANY LTD.	1110303
R. MALLETT ASSESSMENT SERVICES LTD.	1309201
S & M INVESTMENTS LIMITED	86775
TC NT FINANCIAL CORP.	738456
1390182 ONTARIO INC.	1390182
562044 ONTARIO LTD.	562044
2003-09-10	
FIRST UTILITY NT LTD.	1017740
FLESHERTON MOTEL AND RESTAURANT LIMITED	1263922
RAISE THE WIND INC.	735936
ROSSBOROUGH-REMACOR INC.	1028986
1057243 ONTARIO INC.	1057243
1233251 ONTARIO INC.	1233251
2003-09-11	
AN-SUE MANAGEMENT AND INVESTMENTS LIMITED	371590
CONESTOGO TURKEY FARMS LIMITED	417507
INTERFOREST HOLDINGS INC.	1198723
JACKISA INVESTMENTS INC.	709724
JMEGVIEW GROUPS INC.	1458084
MARUBENI PULP MARKETING LTD.	1008093
PRETTY PUNCH CRAFTS LTD.	758464
SAVTECH ADVANTAGE INC.	1342037
WING TAK TRADE INTERNATIONAL (CANADA) LTD.	970808
1165601 ONTARIO INC.	1165601
477465 ONTARIO LTD.	477465
2003-09-12	
BEDLAM FILMS LTD.	1459808
DICKSTEIN INSURANCE AGENCIES CORP.	972141
KIMINCO LIMITED	1243787
MEI DICK DEVELOPMENT CO LTD.	1424032
THE RED ROCKET BUILDING COMPANY INC.	1066387

Name of Corporation: Dénomination sociale de la compagnie :	Ontario Corporation Number Numéro de la compagnie en Ontario
URBAN CAPITAL (CAMDEN) INC.	1288076
1500766 ONTARIO LIMITED	1500766
2000 COMPUTERS INC.	1355147

B. G. HAWTON,
Director, Companies and Personal Property
Security Branch
Directrice, Direction des compagnies et des
sûretés mobilières

(6886) 39

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

NOTICE IS HEREBY GIVEN under subsection 241 (3) of the *Business Corporations Act* that unless the corporations listed hereunder comply with the filing requirements under the *Corporations Information Act* within 90 days of this notice orders dissolving the corporation(s) will be issued. The effective date precedes the corporation listings.

AVIS EST DONNÉ PAR LA PRÉSENTE que, conformément au paragraphe 241 (3) de la *Loi sur les sociétés par actions*, si les compagnies mentionnées ci-dessous ne se conforment pas aux exigences de dépôt requises par la *Loi sur les renseignements exigés des compagnies et des associations* dans un délai de 90 jours suivant la réception du présent avis, des ordonnances de dissolution seront délivrées contre lesdites compagnies. La date d'entrée en vigueur précède la liste des compagnies visées.

Name of Corporation: Dénomination sociale de la compagnie :	Ontario Corporation Number Numéro de la compagnie en Ontario
2003-09-04	
ARCHINET INC.	1543247
INFOIMPACTS INC.	2016275
JUDY'S HOME DECOR INC.	1542818
ROGUE DESIGN SERVICES INC.	1542924
WADIKAR CONSULTANTS INC.	1542937
1542773 ONTARIO INC.	1542773
1542830 ONTARIO LIMITED	1542830
1542929 ONTARIO INC.	1542929
1542930 ONTARIO INC.	1542930

B. G. HAWTON,
Director, Companies and Personal Property
Security Branch
Directrice, Direction des compagnies et des
sûretés mobilières

(6883) 39

Cancellation of Certificates of Incorporation (Business Corporations Act) Annulation de certificat de constitution en personne morale (Loi sur les sociétés par actions)

NOTICE IS HEREBY GIVEN that by orders under subsection 241 (4) of the *Business Corporations Act*, the certificates of incorporation set out hereunder have been cancelled and corporation(s) have been dissolved. The effective date of cancellation precedes the corporation listing.

AVIS EST DONNÉ PAR LA PRÉSENTE que, conformément au paragraphe 241 (4) de la *Loi sur les sociétés par actions*, les certificats présentés ci-dessous ont été annulés et les compagnies ont été dissoutes. La dénomination sociale des compagnies concernées est précédée de la date de prise d'effet de l'annulation.

Name of Corporation: Dénomination sociale de la compagnie :	Ontario Corporation Number Numéro de la compagnie en Ontario
---	--

2003-09-15

A&M CLASSIC LEATHERS INC.	1544390
BEBE NAIL SALON INC.	1544165
BULLETPROOFMINES INC.	1544261
CAESAR'S SPA PALACE LIMITED	1544285
CLASSY X INC.	1544260
DEVITA CLOTHIER INC.	1544392
DYNEVOR EXPRESS & SON LTD.	2016741
EAMI LOANS INC.	2016673
FIRST KNIGHT INTERNATIONAL INC.	1535251
GIUSANT LEATHER LTD.	1544343
GOLDEN STATE PRODUCE LTD.	1544035
KIRKLAND LAKE MINERALS INC.	1279736
LUSCIOUS SPA LIMITED	1544286
MO'MANI MUSIC INC.	2016840
MOOSE RAPIDS TECHNOLOGY INC.	1544375
NAZEER TRANSPORT INC.	2016889
NEVIK WOODBRIDGE INC.	1544244
NEW CANADA CONSULTING GROUP INC.	1544308
NIKOS CONSULTING LTD.	2016733
PANASIA INC.	2016694
RHL PRECISION COMPONENTS LTD.	1531470
ROYAL CITY FASTENER & INDUSTRIAL SUPPLY INC.	1535253
SYNETECH FINANCE & MARKETING SERVICES INC.	2016641
TL HOME VIDEO ENTERTAINMENT INC.	1544292
UNIQUE SPORTS CLUB INC.	1544124
USTA GROUP OF COMPANIES CORP.	1544516
VALTOW CORP.	1534063
12 FLAGS HOLDINGS INC.	1544175
1524006 ONTARIO INC.	1524006
1525169 ONTARIO INC.	1525169
1528434 ONTARIO LTD.	1528434
1530361 ONTARIO INC.	1530361
1531464 ONTARIO LTD.	1531464
1535250 ONTARIO INC.	1535250
1536479 ONTARIO LIMITED	1536479
1539500 ONTARIO LIMITED	1539500
1543800 ONTARIO LTD.	1543800
1544016 ONTARIO INC.	1544016
1544023 ONTARIO LTD.	1544023
1544058 ONTARIO INC.	1544058
1544088 ONTARIO INC.	1544088
1544112 ONTARIO INC.	1544112
1544146 ONTARIO CORPORATION	1544146
1544192 ONTARIO INCORPORATED	1544192
1544259 ONTARIO INC.	1544259
1544265 ONTARIO LIMITED	1544265
1544272 ONTARIO LIMITED	1544272
1544273 ONTARIO LIMITED	1544273
1544274 ONTARIO LIMITED	1544274
1544338 ONTARIO INC.	1544338
1544348 ONTARIO INC.	1544348
1544354 ONTARIO INC.	1544354
2016686 ONTARIO INCORPORATED	2016686
2016695 ONTARIO INC.	2016695
2016728 ONTARIO INC.	2016728

2003-09-16

ALL ROOFING SIDING WINDOWS LTD. (FORMERLY METRO TORONTO DISCOUNT ROOFING AND SIDING LTD.).....	1216697
--	---------

2003-09-17

CANADIAN CARRIER INC.	1544446
CODESPRITE INC.	2016638
ICS INC.	1463589
HIGHWAY STAR LOGISTICS INC.	1544504

Name of Corporation: Dénomination sociale de la compagnie :	Ontario Corporation Number Numéro de la compagnie en Ontario
---	--

HOME FURNITURE INC.	2016754
LINLEY11 INC.	2016782
PAC FLOORING INC.	2016813
PHARMABI LTD.	1544541
RESPONSE PERSONNEL INC.	1544264
R&B DISABILITY & SAFETY MANAGEMENT INC. ...	1544530
SOLE POWER PRODUCTIONS INC.	1544250
TRILLIUM TRANSPORT KB LOGISTICS LTD.	1544538
VIDEO REELEASES INC.	1544511
YNOTDESIGNS INC.	1544381
1523943 ONTARIO LIMITED	1523943
1544395 ONTARIO LTD.	1544395
1544458 ONTARIO INC.	1544458
1544461 ONTARIO LIMITED	1544461
1544498 ONTARIO INC.	1544498
1544499 ONTARIO INC.	1544499
1544505 ONTARIO INC.	1544505
1544506 ONTARIO INC.	1544506
1544515 ONTARIO LIMITED	1544515
1544542 ONTARIO LIMITED	1544542
1544565 ONTARIO LIMITED	1544565
1544569 ONTARIO INC.	1544569
2015943 ONTARIO LTD.	2015943
2016768 ONTARIO INC.	2016768
2016789 ONTARIO INC.	2016789
2016799 ONTARIO INC.	2016799
2016811 ONTARIO INC.	2016811

B. G. HAWTON,
Director, Companies and Personal Property
Security Branch
Directrice, Direction des compagnies et des
sûretés mobilières

(6882) 39

**Notice of Default in Complying with the
Corporations Tax Act
Avis d'inobservation de la loi sur les
corporations**

The Director has been notified by the Minister of Revenue that the following corporations are in default in complying with the *Corporations Tax Act*.

NOTICE IS HEREBY GIVEN under subsection 241 (1) of the *Business Corporations Act*, that unless the corporations listed hereunder comply with the requirements of the *Corporations Tax Act* within 90 days of this notice, orders will be made dissolving the defaulting corporations. All enquiries concerning this notice are to be directed to Corporations Tax Branch, Ministry of Revenue, 33 King Street West, Oshawa, Ontario L1H 8H6.

Le ministre du Revenu a informé l'administrateur unique que les compagnies suivantes n'avaient pas respecté la Loi sur l'imposition des personnes morales.

AVIS EST DONNÉ PAR LA PRÉSENTE que, conformément au paragraphe 241 (1) de la *Loi sur les compagnies*, si les compagnies citées ci-dessous ne se conforment pas aux prescriptions énoncées par la Loi sur l'imposition des personnes morales dans un délai de 90 jours suivant la réception du présent avis, lesdites compagnies se verront dissoutes par décision. Pour tout renseignement relatif au présent avis, veuillez vous adresser à la Direction de l'imposition des compagnies, ministère du Revenu, 33, rue King ouest, Oshawa (Ontario) L1H 8H6.

Name of Corporation: Dénomination sociale de la compagnie :	Ontario Corporation Number Numéro de la compagnie en Ontario
---	--

A. FORGIONE LIMITED	223928
---------------------------	--------

Name of Corporation: Dénomination sociale de la compagnie :	Ontario Corporation Number Numéro de la compagnie en Ontario
ABACUS MANUFACTURING LIMITED	126471
ACCUCOM LTD.	1400032
ACFIELD AVIATION SUPPLIES LIMITED	154408
ARNOLD ABRAMS SALES LIMITED	151860
ATLANTIS BUILDING COMPONENTS LIMITED	1134426
BALTAMURA INVESTMENTS LTD.	141892
BARGAIN AARON'S INC.	1031266
BHARAT PETROLEUM INC.	937016
BRAMALEA REALTY LIMITED	152708
BRANGOR CONSTRUCTION COMPANY LIMITED	94453
BROWN & WEEKS ROOFING CONSULTANTS LIMITED	227672
BROWPER INVESTMENTS LIMITED	201604
CANADIAN TUB & TILE INC.	1174489
CHARLES LAUE LIMITED	223420
CLAUDE CLOUTIER LIMITED	201184
COENEXONE COMMUNICATION INC.	1389937
CONG OVERHEAD MANAGEMENT INC.	1051172
CONSUMERS DRY CLEANERS LIMITED	229396
COPY INK INC.	1025436
CYBERIOR SYSTEMS INC.	1403715
DANTRUE INVESTMENTS LIMITED	97666
DAVID-WRIGHT AUTO SERVICE SUDBURY LIMITED	306159
DELL DALE DEVELOPMENTS INC.	698368
DIVINE CARE NURSING INC.	1402347
DUNDAS MACHINE SHOP INC.	1180524
DYE, HARPER AND ROBERTS LIMITED	123256
F-C ENGINEERING LIMITED	226424
FAIRHENRY LEASING LIMITED	144344
FAIRWEATHER YACHT CHARTERS INC.	1067784
FEDCO LEASING CORP.	699267
G. EVAN YOUNG LIMITED	79637
HURONTARIO CONSTRUCTION LIMITED	138133
INSIGNIA (DELPHI POINT) INC.	1402154
INTERPROVINCIAL SALVAGE LIMITED	108685
INVERGARRY LIMITED	223688
JERRY GORDON HOLDINGS LIMITED	226336
JOHN B. CLEMENTS LIMITED	154132
JOHN S. ARMSTRONG INVESTMENTS LTD.	413620
JUGS & MUGS LTD.	1390603
JUST CHAMPION INTERNATIONAL ENTERPRISES INC.	1074700
JUST SWITCH ON COMPUTERS INC.	1040709
K & B INTERNATIONAL LTD.	1071892
LATITUDES TRADING CORP.	1075340
LES CASTELS BELISLE INC.	788568
LET IT SHINE, CAR CARE INC.	1403855
LETEX FASHION INC.	1089460
LI-MAR GTD LTD.	1400571
M. G. WILLS & SONS MANUFACTURING LIMITED	230444
MADERAG CORPORATION	789848
MAIN STREET CAFE & WINE BAR LTD.	1399670
MALIBU PROPERTIES INCORPORATED	147248
MFRC HOLDING CORPORATION	1175928
MIKA SILK SCREENING LIMITED	122764
NETWORTH INFORMATION CONSULTANTS INC.	1089688
NOBLETON SECURITIES INC.	1400114
NORTH YORK STEEL FABRICATORS LIMITED	141230
ORQUIDEA BAKERY LTD.	1122656
P. HUMBY & ASSOC. INC.	639716
P.M. DESIGNS INC.	1279673
PARTNERS IN MEMORIES, INC.	1138068
PHILIP STUDIO LIMITED	138705
POMANDER LIMITED	202552
POWERLINE MANUFACTURING INC.	1023856
PROBO CONSTRUCTION LIMITED	353381
PYRAMID RESTAURANT & BAR INC.	1156250
REENAL ENTERPRISES LIMITED	102610
RIBO CONSTRUCTION LIMITED	138195
ROY GOODFELLOW PLUMBING & BUILDING SUPPLIES LIMITED	154244

Name of Corporation: Dénomination sociale de la compagnie :	Ontario Corporation Number Numéro de la compagnie en Ontario
RTE DISTRIBUTORS, INC.	1124155
SATISFAXTION COMMUNICATIONS LTD.	1402434
SHAHRIAR INVESTMENTS INC.	1401015
SPIKE HOLDINGS LIMITED	224644
STAMAY ACCEPTANCE LIMITED	118028
SUN EXPORT-IMPORT LIMITED	124137
T.R. DAVID DEVELOPMENTS INC.	736744
T.R. DAVID ENTERPRISES LTD.	736628
TAK SING RESTAURANT MANAGEMENT AND EQUIPMENT LTD.	1400550
TED CUSTOVICH ENTERPRISES LIMITED	146944
TELEKINETICS INTERNATIONAL INC.	1010440
THE CLINTON DRIVING PARK ASSOCIATION LIMITED	116241
THE WINEMAKING DEPOT BURLINGTON INC.	1389904
U-R-ONLINE INC.	1220115
UNITRON VIDEO COMMUNICATIONS INC.	596887
V.E. SCOTT ASSOCIATES LIMITED	441095
VAL-ROS INTERNATIONAL INC.	471672
VERBUM HOLDINGS INC.	1401051
WISDOM CANADA LTD.	905968
YUNTAI FULONG FILTER CO. (CANADA) INC.	1018604
ZWIRE INC.	1402537
1018916 ONTARIO INC.	1018916
1023949 ONTARIO LIMITED	1023949
1132108 ONTARIO LTD.	1132108
1171022 ONTARIO LIMITED	1171022
1201298 ONTARIO LTD.	1201298
1390569 ONTARIO INC.	1390569
1390572 ONTARIO INC.	1390572
1397877 ONTARIO LIMITED	1397877
1399442 ONTARIO LIMITED	1399442
1399680 ONTARIO LTD.	1399680
1399823 ONTARIO INC.	1399823
1399850 ONTARIO INC.	1399850
1400701 ONTARIO INC.	1400701
1401894 ONTARIO INC.	1401894
1402451 ONTARIO INC.	1402451
1403012 ONTARIO LIMITED	1403012
1403176 ONTARIO LIMITED	1403176
1403612 ONTARIO LIMITED	1403612
1403770 ONTARIO INC.	1403770
1403841 ONTARIO LIMITED	1403841
1403904 ONTARIO LIMITED	1403904
3R'S INC.	1021101
610580 ONTARIO LIMITED	610580
623229 ONTARIO INC.	623229
659303 ONTARIO LIMITED	659303
765624 ONTARIO LIMITED	765624
947760 ONTARIO INC.	947760

(6885) 39 B. G. HAWTON,
Director, Companies and Personal Property
Security Branch
Directrice, Direction des compagnies et des
sûretés mobilières

**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)**

NOTICE IS HEREBY GIVEN that, under subsection 241 (4) of the *Business Corporations Act*, the Certificates of Incorporation of the corporations named hereunder have been cancelled by an Order dated

1 September, 2003 for default in complying with the provisions of the *Corporations Tax Act*, and the said corporations have been dissolved on that date.

AVIS EST DONNÉ PAR LA PRÉSENTE que, conformément au paragraphe 241 (4) de la *Loi sur les compagnies*, les certificats de constitution en personne morale des compagnies dont les noms apparaissent ci-dessous ont été annulés par décision datée du 1er septembre 2003 pour non-respect des dispositions de la *Loi sur l'imposition des personnes morales* et que la dissolution des compagnies concernées prend effet à la date susmentionnée.

Name of Corporation: Dénomination sociale de la compagnie :	Ontario Corporation Number Numéro de la compagnie en Ontario
CAROLYN'S OLD FASHIONED FUDGE INC.	1270577
CHINESE WORLD MAGAZINE INC.	1274797
CHOWS MARKET LIMITED	562060
CROMDALE INTERNATIONAL INC.	1282380
D.D.G. INVESTMENTS LTD.	312620
EXCELLENT HOMES LIMITED	102493
GROUP YIELD ENTERPRISES (CANADA) LIMITED ..	1282675
GS INTERNATIONAL (CANADA) INC.	1274793
HARLEY SMITH CONSTRUCTION COMPANY LIMITED	73322
KEYLAND INVESTMENTS LIMITED	122794
LIMTON INVESTMENTS LIMITED	120712
LUMAC CONSULTING INC.	1281048
MANLEIGH MEN'S APPAREL LIMITED	96223
MICROPLAY ACQUISITIONS INC.	1207985
NIAGARA PENINSULA INSULATION LIMITED	99259
PETER KENNEDY SERVICE CORPORATION	1271320
POLLY BEAR CORP.	1279118
PREDATOR LOGISTICS INC.	1271312
SEE MANAGEMENT LTD.	743312
SHARP PLUMBING AND HEATING LTD.	1281157
STRAUB RACQUET STRINGS LIMITED	406688
TOTAL HEALTHCARE GROUP INC.	1271329
1264046 ONTARIO LIMITED	1264046
1279126 ONTARIO INC.	1279126
1279950 ONTARIO INC.	1279950
1281058 ONTARIO LIMITED	1281058
1281072 ONTARIO INC.	1281072
1281082 ONTARIO LIMITED	1281082
1281107 ONTARIO INC.	1281107
1285779 ONTARIO INC.	1285779
1285819 ONTARIO INC.	1285819

B. G. HAWTON,
Director, Companies and Personal Property
Security Branch
Directrice, Direction des compagnies et des
sûretés mobilières

(6884) 39

**Co-operative Corporations Act
(Certificate of Amendment of
Articles Issued)
La Loi sur les sociétés coopératives
(Certificat de modification de statut)**

NOTICE IS HEREBY GIVEN that, under the *Co-operative Corporations Act*, amendment to article have been effected as follows:

AVIS EST PAR LA PRÉSENTE DONNÉ qu'en vertu de la *Loi sur les sociétés coopératives* la modification suivante a été apportée au statut de la compagnie mentionnée ci-dessous :

Date of Incorporation: Date de constitution :	Name of Co-operative: Nom de la Coopérative :	Effective Date Date d'entrée en vigueur
1991-11-18	Fox Glen Golf Course Co-operative Inc.	2003-09-16
(6889) 39	JOHN M. HARPER, Director, Compliance Branch, Licensing and Compliance Division by delegated authority from the Superintendent of Financial Services Directeur, Observation des lois et des règlements Division de la délivrance des permis et de l'observation des lois et des règlements en vertu des pouvoirs délégués par le surintendant des services financiers	

**Financial Services Commission
of Ontario
Commission des services financiers
de l'Ontario**

**GUIDELINE ON DESIGNATED ASSESSMENT CENTRE
SELECTION PROCESS**

Superintendent's Guideline No. 04/03

September 2003

Introduction

Regulation 313/03, which comes into effect on October 1, 2003, changes the process under section 53 of the Statutory Accident Benefits Schedule (SABS) for selecting a Designated Assessment Centre (DAC) to conduct a designated assessment. Effective October 1, 2003, the SABS no longer requires a claimant to be assessed at the DAC closest to his or her residence.

Section 53 of the SABS, as amended effective October 1, 2003, is attached to this Guideline for reference.

This Guideline defines the process by which the Superintendent will select a DAC under section 53 of the SABS.

Notification/Termination

In the event that a benefit is disputed by an insurance company, the insurance company is required to give the claimant an explanation of benefits payable, and notice of assessment, denial, reduction or termination of benefits through the provision of the following forms as appropriate:

- OCF-9 Explanation of Benefits Payable by Insurance Company
- OCF-17 Notice of Stoppage of Weekly Benefits and Request for Assessment
- OCF-20 Catastrophic Impairment Determination and Request for Assessment

These forms are also to be used by a claimant who wishes to dispute the insurance company's assessment, denial, reduction or termination of benefits and be assessed at a DAC.

Both the OCF-9 and the OCF-17 provide a general overview of the claimant's right to dispute.

Selection of a DAC by Agreement of Insurer and Claimant

As amended, section 53 of the SABS requires that if an insurer receives a notice of a claimant's request for a DAC assessment, or determines that a DAC assessment is required under the SABS, the insurer and the claimant should attempt to jointly select the DAC.

The selection is to be made no later than the second business day after the insurer or the claimant, as the case may be, receives notice from the other that a DAC assessment is required under the SABS.

If the insurer and the claimant do jointly select a DAC, the insurer will initiate the referral to the DAC and indicate on a DAC Referral, Plan, and Summary Form (OCF-11) that the DAC referral is being made jointly by the insurer and the claimant.

If the DAC is unable to begin the assessment within 14 days from the date of receiving the request for assessment, the parties will attempt to jointly select another DAC, subject to the provisions of the SABS.

Superintendent Selection of a DAC

The Superintendent will select a DAC if:

- the insurer and the claimant do not jointly select a DAC within two business days; or
- the DAC jointly selected by the parties is unable to begin an assessment within 14 days of the request for an assessment, and the parties ask the Superintendent to select another DAC.

Superintendent's Protocol for DAC Selection Process

1. In the event that the insurer and the claimant do not jointly select a DAC, the insurer must request that the Superintendent select a DAC on behalf of the parties.
2. The insurer representative is required to initiate the process via the DAC Selection Request form that can be downloaded (in WordPerfect or Word format) from the *DAC Selection* page on FSCO's website at www.fSCO.gov.on.ca.
3. The insurer representative is required to complete the request and certify that the information is accurate. The insurer will attach the request to an e-mail and send it to FSCO at dacselection@fSCO.gov.on.ca.
4. Within two business days, FSCO will send to the insurer representative, via e-mail, a confirmation certificate specifying the DAC selected. Each certificate will have a FSCO file number that can be used for verification.
5. The insurer must initiate a referral to the specified DAC by completing an OCF-11, printing a copy of the confirmation certificate, and attaching the copy of the certificate to the OCF-11. The insurer is also required to ensure the claimant or the claimant's legal representative receives a copy of the certificate.
6. Insurers and claimants are prohibited from using this process to make more than one request for selection of a DAC unless one of the following conditions applies:
 - (a) The DAC previously selected by the Superintendent has declared a conflict of interest that is not being waived by the parties; or
 - (b) The DAC previously selected by the Superintendent is unable to conduct the assessment within the required time frame; or
 - (c) The claimant is being sent for an additional assessment as required by the SABS (e.g. subsequent disability assessment or multiple treatment plans), and the parties do not jointly select a DAC in the manner required by the SABS.

Section 53 of the Statutory Accident Benefits Schedule as amended effective October 1, 2003

53. (1) A designated assessment shall be conducted by a designated assessment centre selected in accordance with this section.
 - (1.1) A designated assessment must be conducted by a designated assessment centre 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.

- (1.2) A designated assessment must be conducted by a designated assessment centre that is located within,
 - (a) 30 kilometres of the insured person's residence, if,
 - (i) the insured person's residence is located in the City of Toronto or the regional municipality of Durham, Halton, Peel or York, and
 - (ii) a designated assessment centre that complies with subsection (1.1) is located within 30 kilometres of the insured person's residence; or
 - (b) 50 kilometres of the insured person's residence, if,
 - (i) the insured person's residence is not located in the City of Toronto or the regional municipality of Durham, Halton, Peel or York, and
 - (ii) a designated assessment centre that complies with subsection (1.1) is located within 50 kilometres of the insured person's residence.
- (1.3) Subject to subsections (1.1) and (1.2), the insurer and the insured person may jointly select the designated assessment centre if the selection is made not later than the second business day after the insurer or the insured person, as the case may be, receives notice from the other that a designated assessment is required under this Regulation.
- (1.4) If the insurer and the insured person do not jointly select the designated assessment centre in accordance with subsection (1.3), the Superintendent shall, subject to subsections (1.1) and (1.2), select the designated assessment centre.
 - (2) If the designated assessment centre is selected by the Superintendent, the designated assessment centre shall, before conducting the designated assessment, give the insurer and the insured person 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 subsections (1.1), (1.2) and (2), by another designated assessment centre selected by the Superintendent.
 - (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.

[subsections (6), (7) & (8) are revoked]

- (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 subsections (1.1), (1.2) and (2), the designated assessment be conducted by another designated assessment centre selected by the Superintendent.
- (10.1) The Superintendent may, with the consent of the Minister, delegate in writing to any person the Superintendent's authority to select designated assessment centres under this section.
- (11) For the purpose of this section, a designated assessment centre has a conflict of interest relating to a designated assessment if,
- 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
 - 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,
 - has provided goods or services to the person to be assessed, other than a previous designated assessment,
 - 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
 - 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.

LIGNE DIRECTRICE RELATIVE AU PROCESSUS DE SÉLECTION DES CENTRES D'ÉVALUATION DÉSIGNÉS

Ligne directrice du surintendant No. 04/03

Septembre 2003

Introduction

Le *Règlement 313/03*, qui entrera en vigueur le 1^{er} octobre 2003, modifie le processus de sélection d'un centre d'évaluation désigné (CED) en vue de la tenue d'une évaluation désignée aux termes de l'article 54 de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales (AIAL)*. À compter du 1^{er} octobre 2003, l'AIAL ne requière plus qu'un requérant soit évalué par le CED le plus près de sa résidence.

L'article 53 de l'AIAL, tel que modifié à compter du 1^{er} octobre 2003, est joint à la présente ligne directrice en guise de référence.

Cette ligne directrice définit le processus suivant lequel le surintendant sélectionnera un CED aux termes de l'article 53 de l'AIAL.

Avis/Interruption

Lorsqu'une indemnité est contestée par une compagnie d'assurance, cette dernière est tenue de fournir au requérant une explication relative aux indemnités payables ainsi qu'un avis d'évaluation, de refus, de réduction ou d'interruption des indemnités par le biais des formulaires suivants, le cas échéant :

- OCF-9 Explication des indemnités payables par une compagnie d'assurance
- OCF-17 Avis d'interruption des indemnités hebdomadaires et demande d'évaluation
- OCF-20 Demande d'évaluation de détermination d'une déficience invalidante

Ces formulaires doivent également être utilisés par un requérant qui désire contester l'évaluation, le refus, la réduction ou l'interruption des indemnités par la compagnie d'assurance et veut être évalué par un CED.

Les formulaires OCF-9 et OCF-17 offrent tous deux un aperçu général du droit de contester du requérant.

Sélection d'un CED convenue par l'assureur et le requérant

Tel que modifié, l'article 53 de l'AIAL stipule que si un assureur reçoit un avis à l'effet que le requérant demande une évaluation par un CED, ou s'il détermine qu'une évaluation par un CED est requise en vertu de l'AIAL, l'assureur et le requérant doivent tenter de sélectionner conjointement un CED.

La sélection doit être faite au plus tard le deuxième jour ouvrable après réception, par l'assureur ou le requérant, tout dépendant de la situation, d'un avis à l'effet que l'autre partie demande une évaluation désignée en vertu de l'AIAL.

Si l'assureur et le requérant s'entendent sur le choix d'un CED, l'assureur amorcera l'aiguillage vers le CED et indiquera, sur un formulaire de *Référence du centre d'évaluation désigné, plan et formulaire de résumé* (OCF-11), que l'aiguillage est effectué conjointement par l'assureur et le requérant.

Si le CED n'est pas en mesure de débiter l'évaluation dans les 14 jours suivant la date de réception de la demande d'évaluation, les parties tenteront de choisir conjointement un autre CED, tout en respectant les dispositions de l'AIAL.

Sélection d'un CED par le surintendant

Le surintendant procédera à la sélection d'un CED si :

- l'assureur et le requérant ne peuvent s'entendre sur le choix d'un CED dans les deux jours ouvrables; ou
- le CED choisi conjointement par les parties n'est pas en mesure de débiter une évaluation dans les 14 jours suivant réception de la demande d'évaluation, et si les parties demandent au surintendant de sélectionner un autre CED.

Protocole relatif au processus de sélection d'un CED par le surintendant

1. Si l'assureur et le requérant ne conviennent pas du choix d'un CED, l'assureur doit demander que le surintendant sélectionne un CED au nom des parties.
2. Le représentant de l'assureur est tenu d'amorcer le processus par l'entremise du formulaire de *Demande de sélection d'un CED*, lequel peut être téléchargé (en format WordPerfect ou Word) à partir du site Web de la CSFO au www.fSCO.gov.on.ca.
3. Le représentant de l'assureur est tenu de remplir la demande et de certifier que les renseignements sont exacts. L'assureur joindra alors la demande à un courrier électronique, qu'il transmettra à la CSFO à l'adresse dacselection@fSCO.gov.on.ca.

4. Dans les deux jours ouvrables, la CSFO transmettra au représentant de l'assureur, par courriel, un certificat de confirmation précisant le CED retenu. Chaque certificat portera un numéro de dossier de la CSFO pouvant être utilisé aux fins de vérification.
5. L'assureur doit amorcer l'aiguillage vers le CED retenu en remplissant le formulaire OCF-11, auquel il joindra une copie du certificat de confirmation. L'assureur est également tenu de s'assurer que le requérant ou son représentant légal reçoit une copie du certificat.
6. Les assureurs et les requérants ne sont pas autorisés à utiliser ce processus pour faire plus d'une demande de sélection d'un CED, à moins qu'une des conditions suivantes s'applique :
 - (a) Le CED précédemment retenu par le surintendant a fait état d'un conflit d'intérêt auquel les parties ne renoncent pas;
 - (b) Le CED précédemment retenu par le surintendant n'est pas en mesure d'effectuer l'évaluation dans le délai prescrit;
 - (c) Le requérant doit se soumettre à une évaluation additionnelle en vertu de l'AIAL (p. ex., l'évaluation d'une invalidité subséquente ou de multiples plans de traitement) et les parties ne conviennent pas d'un CED selon la manière prescrite dans l'AIAL.

Article 53 de l'Annexe sur les indemnités d'accident légales tel qu'amendé à compter du 1^{er} octobre 2003

53. (1) Une évaluation désignée doit être faite par le centre d'évaluation désigné choisi conformément au présent article.
 - (1.1) Une évaluation désignée doit être faite par un centre d'évaluation désigné 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.
 - (1.2) Une évaluation désignée doit être faite par le centre d'évaluation désigné qui est situé :
 - (a) soit dans un rayon de 30 kilomètres de la résidence de la personne assurée si les conditions suivantes sont réunies :
 - (i) cette résidence est située dans la cité de Toronto ou dans la municipalité régionale de Durham, de Halton, de Peel ou de York,
 - (ii) un centre d'évaluation désigné conforme au paragraphe (1.1) est situé dans un rayon de 30 kilomètres de cette résidence;
 - (b) soit dans un rayon de 50 kilomètres de la résidence de la personne assurée si les conditions suivantes sont réunies :
 - (i) cette résidence n'est pas située dans la cité de Toronto ni dans la municipalité régionale de Durham, de Halton, de Peel ou de York,
 - (ii) un centre d'évaluation désigné conforme au paragraphe (1.1) est situé dans un rayon de 50 kilomètres de cette résidence.
 - (1.3) Sous réserve des paragraphes (1.1) et (1.2), l'assureur et la personne assurée peuvent choisir conjointement le centre d'évaluation désigné s'ils font leur choix au plus tard deux jours ouvrables après que l'une des parties ait reçu de l'autre un avis l'informant qu'une évaluation désignée est exigée en vertu du présent règlement.
 - (1.4) Si l'assureur et la personne assurée ne choisissent pas conjointement le centre d'évaluation désigné conformément au paragraphe (1.3), le surintendant le fait, sous réserve des paragraphes (1.1) et (1.2).

- (2) Avant de procéder à l'évaluation désignée, le centre d'évaluation désigné que choisit le surintendant donne à l'assureur et à la personne assurée un avis écrit divulguant toute situation de conflit d'intérêts dans laquelle la place l'évaluation.
- (3) Le centre d'évaluation désigné transmet tout avis exigé en vertu du 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 des paragraphes (1.1), (1.2) et (2), par un autre centre d'évaluation désigné que choisit le surintendant.
- (5) Aux fins de 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.

[les paragraphes (6), (7) et (8) sont abrogés]

- (9) Sauf disposition contraire du paragraphe 43 (11), le centre d'évaluation désigné doit commencer l'évaluation désignée dans les 14 jours suivant 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 suivant la réception de la demande d'évaluation, la personne assurée peut exiger que, sous réserve des paragraphes (1.1), (1.2) et (2), cette évaluation soit faite par un autre centre d'évaluation désigné que choisit le surintendant.
- (10.1) Le surintendant peut, avec le consentement du Ministre, déléguer par écrit à quiconque le pouvoir de choisir des centres d'évaluation désignés que lui attribue le présent article.
- (11) Aux fins de l'application du présent article, l'évaluation désignée place un centre d'évaluation désigné dans une situation de conflit d'intérêt 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 en tout ou en partie à 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).

Le terme « 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 simple fait qu'elle est un créancier sans lien de dépendance avec celui-ci.

PROFESSIONAL SERVICES GUIDELINE

Superintendent's Guideline No. 05/03

September 2003

Introduction

This Guideline is pursuant to section 268.3 (1) of the *Insurance Act* for the purposes of subsections 14 (4), 15 (6), 17 (2) and 24 (2) of the *Statutory Accident Benefits Schedule - Accidents on or After November 1, 1996* (SABS), and applies to expenses for health care services rendered on or after November 1, 2003.

Purpose

This Guideline sets out the maximum fee payable by automobile insurers under the SABS for the services of any of the health care professions or health care providers listed in this Guideline. These maximum fees are applicable to:

- a medical benefit under clauses 14 (2) (a), (b), or (h) of the SABS;
- a rehabilitation benefit under clauses 15 (5) (a) to (g) or (l) of the SABS;
- case management services under subsection 17 (1) of the SABS; or
- conducting an examination or assessment or provision of a certificate, report or treatment plan under subsection 24 (1) of the SABS.

Maximum Fees

Automobile insurers are not liable to pay for expenses related to professional services rendered to an insured person that exceed the following maximum hourly rates:

Health Profession or Provider	Maximum Hourly Rate
Chiropractors	\$95.00
Massage Therapists	\$49.00
Occupational Therapists	\$84.00
Physiotherapists	\$84.00
Podiatrists	\$84.00
Psychologists (other than Master's level)	\$126.00
1. Masters of Psychology	\$93.00
Speech Language Pathologists	\$94.50
Registered Nurses, Registered Practical Nurses and Nurse Practitioners	\$77.00
Unregulated Providers	\$49.00

Fees for Completion of Forms

Automobile insurers are not liable to pay expenses that exceed the following maximum fees for the completion for certain accident benefit forms by members of the health professions and health care providers listed in this Guideline, (These maximum fees do not apply to the assessments related to the completion of these forms).

Form	Maximum Fee for Completion of Form
Disability Certificate (OCF-3)	\$62
Treatment Plan Form (OCF-18)	\$62
Form 1 - Assessment of Attendant Care Needs	\$62
Automobile Insurance Standard Invoice (OCF-21)	\$0
Application for Approval of an Examination (OCF-22/198)	\$0

Revoking of Existing Fee, Utilization and Treatment Guidelines

With the release of this Guideline and the revised Pre-Approved Guidelines for Whiplash Associated Disorder Grade I and Grade II Injuries With or Without Complaint of Back Pain, the following guidelines, previously released by the Superintendent of Financial Services, the Ontario Commissioner of Insurance, the Financial Services Commission of Ontario, or the Ontario Insurance Commission are revoked:

1. Professional Fee Guidelines - Occupational Therapists, February 3, 2001, *Professional Fee Guideline No. 1/01*
2. Occupational Therapy Utilization Guidelines for Uncomplicated Soft Tissue Injuries, February, 3, 2001, *Superintendent's Guideline No 1/01*
3. Professional Fee Guideline - Podiatrists, March 9, 1998,
4. Professional Fees Guideline - Physiotherapists, November 24, 1997
5. Physiotherapy Utilization Guidelines for Soft Tissue Disorders of the Spine, November 24, 1997, *Commissioner's Guideline No.2/97*
6. Professional Fee Guidelines - Speech-Language Pathologists, March 31, 2001, *Professional Fee Guideline No.2/01*.

The Professional Fee Guidelines - Psychologists, *Professional Fee Guideline No. 3/01*, issued March 31, 2001, expired on December 31, 2001.

LIGNES DIRECTRICES SUR LES SERVICES PROFESSIONNELS

Lignes directive du surintendant No. 05/03

Septembre 2003

Introduction

Ces lignes directrices s'appliquent en vertu de l'article 268.3 de la *Loi sur les assurances* aux fins des sous-sections 14 (4), 15 (6), 17 (2) et 24 (2) et de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales - accidents survenus le 1^{er} novembre 1996*, et s'appliquent aux frais exigibles pour des services de soins de santé administrés à compter du 1^{er} novembre 2003.

Objet

Ces Lignes directrices établissent le maximum des frais exigibles des compagnies d'assurance-automobile en vertu de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales* pour les services de l'une des professions médicales ou des fournisseurs de soins de santé énumérés dans ces Lignes directrices. Ces plafonds s'appliquent :

- aux prestations médicales en vertu des alinéas 14 (2) (a), (b) ou (h) de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*;
- aux prestations de réadaptation en vertu des alinéas 15 (5) (a) à (g) et (l) de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*;
- aux services de gestionnaire de cas en vertu de la sous-section 17 (1) de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*; et
- aux frais d'examen ou d'évaluation ou à l'établissement d'un certificat, d'un rapport ou d'un programme de traitement en vertu de la sous-section 24 (1) de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*.

Maximum des frais exigibles

Les compagnies d'assurance-automobile ne sont pas tenues de payer les dépenses liées aux services professionnels administrés à une personne assurée au-delà des taux horaires suivants :

Profession médicale ou soins de santé	Taux horaire maximal
Chiropraticien	95,00 \$
Massothérapeute	49,00 \$
Ergothérapeute	84,00 \$
Physiothérapeute	84,00 \$
Podologue	84,00 \$
Psychologue (sauf de niveau maîtrise)	126,00 \$
Titulaire d'une maîtrise en psychologie	93,00 \$
Orthophoniste	94,50 \$
Infirmier(ère) autorisé(e), infirmier(ère) auxiliaire autorisé(e) et infirmier(ère) praticien(ne),	77,00 \$
Fournisseur de services non réglementés	49,00 \$

Frais pour la préparation des formulaires

Les compagnies d'assurance-automobile ne sont pas tenues de payer, au-delà des plafonds suivants, des frais pour la préparation de certains formulaires de demande d'indemnité d'accident par les professionnels de la santé et les fournisseurs de soins de santé énumérés dans ces Lignes directrices. (Ces plafonds ne s'appliquent pas aux évaluations effectuées afin de remplir ces formulaires.)

Formulaire	Maximum des frais pour la préparation du formulaire
Certificat d'invalidité (OCF-3)	62 \$
Programme de traitement (OCF-18)	62 \$
Formulaire 1 – Évaluation des soins auxiliaires	62 \$
Facture standard d'assurance automobile (OCF-21)	0 \$
Demande d'une approbation pour une évaluation ou un examen (OCF-22/198)	0 \$

Abrogation des lignes directrices actuelles sur les frais, l'utilisation et les traitements

Suite à la publication de ces Lignes directrices et de la nouvelle version des *Lignes directrices pré-autorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade I avec ou sans douleur dorsale* et des *Lignes directrices pré-autorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade II avec ou sans douleur dorsale*, les lignes directrices suivantes, émises antérieurement par le surintendant des services financiers, le commissaire aux assurances de l'Ontario, la Commission des services financiers de l'Ontario ou la Commission des assurances de l'Ontario, sont abrogées :

- *Directive pour la tarification - Ergothérapeute*, le 3 février 2001, *Directive pour la tarification n° 1/01*.
- *Directives sur l'utilisation de l'ergothérapie pour les blessures non complexes des tissus mous*, 3 février 2001, *Directive de la surintendante n° 01/01*.
- *Directives concernant les honoraires professionnels en podologie*, 9 mars 1998.
- *Ligne directrice concernant les honoraires professionnels en physiothérapie*, 24 novembre 1997.
- *Lignes directrices concernant le recours à la physiothérapie en vue de la récupération fonctionnelle des tissus mous de la colonne vertébrale*, 24 novembre 1997, *Directives du commissaire n° 2/97*.
- *Directive concernant la tarification - Orthophonistes*, 31 mars 2001, *Directive pour la tarification n° 2/01*.

La *Directive concernant la tarification - Psychologues*, *Directive pour la tarification n° 2/01*, émise le 31 mars 2001, est expirée depuis le 31 décembre 2001.

PRE-APPROVED FRAMEWORK GUIDELINE FOR WHIPLASH ASSOCIATED DISORDER GRADE I INJURIES WITH OR WITHOUT COMPLAINT OF BACK SYMPTOMS

Superintendent's Guideline No. 06/03

September 2003

1. Introduction

This Guideline is issued pursuant to Section 268.3 of the *Insurance Act* for the purposes of the *Statutory Accident Benefits Schedule* (SABS).

This Guideline is effective for new Treatment Confirmation Forms submitted by a initiating health practitioner on or after November 1, 2003, and replaces Pre-approved Framework Guideline for Whiplash Associated Disorder Grade I Injuries With or Without Complaint of Back Symptoms Superintendent's Guideline No. 01/03, July 2003.

This Guideline is intended to set out what goods and services may be provided without insurer approval to an insured person described below who has sustained a Whiplash Associated Disorder Grade I as described below, with or without back pain, and the cost of such services payable by the insured person's insurer.

This Guideline reflects a consensus between regulated health professionals and insurers and will be subject to review and revision as required over time.

2. Impairments that come within this Guideline

Subject to the exceptions listed in Section 3, below, an insured person's impairment comes within this Guideline if, after being assessed within 21 days of the accident, the insured person is determined to have an injury that:

- resulted from an acceleration-deceleration mechanism of energy transfer to the neck, presents as a complaint of neck pain, stiffness, or tenderness only, with no physical signs, and therefore meets the criteria for "Whiplash Associated Disorder Grade I" (also known as "WAD I") set out in the Société de l'assurance automobile du Québec's Task Force Report titled *Redefining "Whiplash" and its Management*, published in the April 15, 1995 edition of *Spine*, and/or a complex of common symptoms associated with whiplash;¹
- may include a complaint of non-radicular back pain associated with the WAD I; and
- is of sufficient severity that it requires the physical treatment interventions provided under this Guideline.

An insured person who has sustained an impairment covered by this Guideline may exhibit other common symptoms including: shoulder pain; referred arm pain (not from radiculopathy); dizziness; tinnitus; headache; difficulties with hearing and memory acuity; dysphagia; and temporomandibular joint pain. These additional symptoms would not exclude an impairment from this Guideline unless they require separate treatment from that provided under this Guideline.

3. Impairments that do not come within this Guideline

An insured person's impairment does not come within this Guideline if:

- the insured person's impairment comes within the WAD II Pre-approved Framework Guideline; or
- despite being assessed within 21 days of the injury as having an injury described in Section 2, there are specific pre-existing occupational, functional or medical circumstances of the insured person that:

¹ If the insured person also presents with overt musculoskeletal sign(s), including decreased range of motion or point tenderness, refer to the Pre-approved Framework Guideline for WAD II Injuries with or Without Complaint of Back Symptoms.

- iii. significantly distinguish the insured person's needs from the needs of other persons with similar impairments that come within this Guideline; and
- ii. constitute compelling reasons why other proposed goods or services are preferable to those provided for under this Guideline.

4. Role of the initiating health practitioner

The initiating health practitioner:

- (a) is a health practitioner as defined by the SABS who is authorized by law to treat the injury and has the ability to deliver all the goods and services provided for in this Guideline;
- (b) initiates treatment by submitting a Treatment Confirmation Form;
- (c) provides a significant portion of the goods and services;
- (d) may co-ordinate the provision of any goods and services covered by this Guideline and provided to the insured person by another regulated health professional, or directly supervise the provision of any additional goods and services to the insured person by an unregulated health provider, where such treatment is needed by the insured person and is provided under this Guideline;
- (e) shall have overall accountability for:
 - i. assessing the need for and implementing goods and services such that the treatment elements in this Guideline are addressed as required and appropriate;
 - ii. ensuring the use of the most appropriate provider(s);
 - iii. documenting, communicating and billing as required by the Guideline;
 - iv. reporting outcomes to the insured person and insurer when treatment is inappropriate or ceases;
 - v. participating in monitoring the effectiveness of the Guideline by fully completing the forms required by this Guideline; and
- (f) determines the presence of any barriers which might delay recovery.

5. Providers covered by this Guideline

The initiating health practitioner may include treatment by other providers in the Treatment Confirmation Form. This Guideline covers treatment by the initiating health practitioner and other providers, including unregulated providers where the treatment is directly supervised by a regulated health professional and is not a controlled act as defined by the *Regulated Health Professions Act, 1991*.

6. Switching initiating health practitioners

If for any reason, an insured person receiving treatment under this Guideline wishes to change his or her initiating health practitioner, the insured person and the new practitioner must inform the insurer through submission of a new Treatment Confirmation Form. In the new Treatment Confirmation Form, the insured person will give consent for the insurer to contact the original initiating health practitioner to determine what goods and services referred to in the original Treatment Confirmation Form have not been provided and the insurer will then fill in this amount in Part 9 of the Form.

7. Treatment covered by this Guideline

There will typically be one Treatment Confirmation Form which will be prepared by the initiating health practitioner.

Treatment commences with the first assessment of the insured person by the initiating health practitioner.

Treatment will have a duration of up to 28 days.

Regulated health professionals are expected to assess the insured person, develop a plan of treatment and provide up to 9 monitoring/treatment sessions for insured persons covered by this Guideline.

The focus of the Guideline is on maintaining normal activities and reducing the risk of chronicity.

From the outset, the insured person will be encouraged to maintain normal activities. The emphasis in the first week will be on assessment, education, reassurance, and pain control. Throughout treatment, emphasis will be put on the insured person's being in charge of his or her recovery and on carrying on with normal activities. The frequency of provider interventions will diminish as the insured person progresses.

If prescription medication is needed, a referral to a physician or nurse practitioner is necessary. Regulated health professionals may provide general information on the use of over-the-counter medications, but insured persons should be encouraged to consult a physician, nurse practitioner, or pharmacist on the specific use of these medications.

The course of treatment may involve the following: reassurance, pain control, mobilization/manipulation, education, and activation (normal daily activities and active exercise).

Education materials titled *Getting the Facts About Whiplash*, developed by regulated health professionals and the insurance industry, will be provided by the initiating health practitioner to all insured persons covered by this Guideline. This material may be found in Appendix D.

The importance of positive messaging is recognized, and it is therefore expected that, at the initial visit and assessment and at subsequent visits, the insured person will be provided with:

- education regarding "hurt does not equal harm;" and
- reassurance that most people with WAD I and associated complaints of back symptoms recover within the first few weeks following the injury.

Not all individuals with WAD I will require any or all of the goods and services included within this Guideline. The provider is responsible for determining the need for goods and services and whether the prescribed goods and services are producing significant progress toward recovery and should be continued under the Guideline. If the insured person has recovered before the completion of the treatment outlined in this Guideline, the insured person should be discharged from treatment.

8. Supplementary goods and/or services

Without prior insurer approval, the initiating health practitioner may provide supplementary goods and/or services where they are needed for the management of one or more minor soft tissue injury/ies which:

- (a) resulted from the same accident as the WAD I and requires treatment;
- (b) is/are unrelated to the WAD I with or without back pain and its common symptoms;
- (c) is/are not of sufficient severity to exclude the insured person's impairment from this Guideline; and
- (d) can be fully treated by the provider within the time frame of this Guideline.

The impairment addressed and the services and/or goods must be specified on the Treatment Confirmation Form and the maximum total cost payable by the insurer for the goods and services provided under this section is \$120.

9. Treatment deemed insufficient or inappropriate

If the initiating health practitioner determines that the treatment under this Guideline is no longer appropriate or sufficient for the insured person because the insured person is not making sufficient progress towards recovery, the initiating health practitioner will advise the insurer and the insured person (using the WAD I/WAD II PAF Discharge & Status Report form). The initiating health practitioner's options then are as follows:

- (a) submit a Treatment Plan;
- (b) submit a Treatment Plan and make a referral to the insured person's physician or another regulated health professional; or
- (c) make a referral to the insured person's physician or other health care professional.

While treatment/referral decisions are being considered, the initiating health practitioner may:

- (d) stop the treatment where it is not appropriate (or no longer needed); or
- (e) continue treatment until a decision is reached on the action recommended by the initiating health practitioner or until the end of the treatment covered by this Guideline.

The SABS provides that an insurer may reject a Treatment Plan that provides for goods and services to be received during any period in which the insured person is receiving goods and services under this Guideline and the insurer's determination is not subject to dispute.

However, the SABS also provides that nothing prevents an insured person, while receiving goods and services under this Guideline, from submitting a Treatment Plan applicable to a period other than the period covered by this Guideline. If the insurer does not approve the Treatment Plan within the time period prescribed in the SABS, that dispute may proceed to a Designated Assessment Centre for review.

10. Completing the treatment under this Guideline

Upon completion of treatment, the initiating health practitioner will prepare a final report which will indicate the insured person's outcomes from treatment.

If an insured person elects to end treatment under this Guideline, the insured person may only resume treatment at a later date if this will not extend the overall duration and expenditure limits of the Guideline.

When an insured person is receiving treatment under the Guideline, the termination options are:

- i. Resolved and discharged within 4 weeks (WAD I/WAD II PAF Discharge & Status Report form completed by initiating health practitioner);
- ii. Condition improving, but improvement is insufficient at the end of the treatment (further or other treatment beyond the Guideline is dependent upon the Treatment Plan application and approval process of the SABS);
- iii. Not resolving (decision made as soon as possible) and the initiating health practitioner completes the WAD I/WAD II PAF Discharge & Status Report form and discharges insured person;
- iv. Insured person unreasonably fails to participate in treatment. This may be inferred from the insured person's non-attendance at 2 consecutive appointments or 4 appointments overall without a reasonable explanation. Provider required to complete WAD I/WAD II PAF Discharge & Status Report form; or
- v. Insured person withdraws consent.

11. Reporting requirement for initiating health practitioners

The initiating health practitioner is expected to establish clinical outcome goals for the insured person receiving treatment under this Guideline that are consistent with the goals of return to normal activities in the early stages of recovery and reducing the risk of chronicity. Throughout the course of treatment the initiating health practitioner is expected to use appropriate measures/indicators to evaluate progress towards achievement of these goals.

For the purposes of documenting the impact of the Guidelines on an insured person whose impairment comes within this Guideline and contributing to the overall evaluation of the Guideline, the initiating health practitioner must complete the WAD I/WAD II PAF Discharge & Status Report form.

12. Provider reimbursement

An initiating health practitioner who provides a good and/or service to an insured person in accordance with the Guideline must submit a Treatment Confirmation Form not later than 5 business days after first seeing the insured person.

The SABS provides that the insurer must confirm to the initiating health practitioner no later than 5 business days after receiving the Treatment Confirmation Form, that the auto insurance policy referenced to in the

Treatment Confirmation Form was in force on the date of the accident. Payment to the initiating health practitioner may be denied due to coverage issues or exclusions set out in the SABS.

The insurer's payment will follow receipt of a completed Treatment Confirmation Form, Application for Accident Benefits and Auto Insurance Standard Invoice, Version C. The insurer is not obliged to make payment until after the insurer has received an Application for Accident Benefits.

In the case of the final invoice, the insurer's payment will follow receipt of a WADI/WAD II PAF Discharge & Status Report and Auto Insurance Standard Invoice, Version C.

13. Content of appendices

Appendix A sets out the payment schedule in chart form.

Appendix B sets out an overview of the expected course of treatment for an insured person whose impairment comes within this Guideline. Providers will individualize these treatment directives for the needs of each insured person.

Appendix C sets out what goods/services an insurer is not obliged to fund pursuant to this Guideline for an insured person whose impairment comes within this Guideline.

Appendix D contains the educational brochure titled *Getting the Facts About Whiplash*.

Appendix A - WAD I Payment Schedule

Health care providers are entitled to the following payments for treatment of an insured person whose impairment comes within this Guideline. Fees are payable where the insured person has received any treatment in that block, including where treatment has been discontinued.

Weeks 1 and 2	\$296
Discharge anytime during weeks 1 or 2 or at end of week 2, completion of discharge report and monitoring	\$152
Weeks 3 and 4	\$160
Final assessment and completion of discharge report	\$80
Supplementary goods and services	\$120
Transfer fee if changing initiating health practitioner	\$48

Appendix B - WAD I Course of treatment

Weeks 1 and 2	Goods/Services
<i>Initial Visit:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Up to 4 monitoring/treatment sessions expected in this block • Conduct assessment including history and physical examination to determine that criteria are met for inclusion in the Guideline, relationship of complaints to the accident, the need for the recommended goods and services and identification of any potential barriers to recovery • Complete Treatment Confirmation Form
<i>Initial and Subsequent Visits:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Provide advice and reassurance to maintain usual activities without interruption • Review "Getting the Facts about Whiplash" • Manage pain as appropriate (may require physician referral)

- Prescribe mild home exercise to maintain range of motion
- Initiate manipulation/mobilization, if appropriate, to maintain function
- If unexpectedly unable to perform pre-accident activities at home or work, advise insurer and make recommendation to the insured person and/or insurer

Considerations for Providers at the End of Week 2:

If WAD I improving but further goods and services required:

- Provide advice and reassurance to encourage maintenance of usual activities
- Manage pain as appropriate
- Prescribe mild home exercise, and if necessary provide mild supervised exercise
- Utilize manipulation/mobilization and/or physical therapies if required as part of a strategy that promotes activation

Considerations for Providers at the End of Week 2:

If WAD I not resolving or improving:

- Re-evaluate and advise insurer

If discharged during Week 1 or 2:

- Discharge from treatment with advice and reassurance
- Complete WAD I/II PAF Discharge & Status Report
- Monitor insured person

Weeks 3 and 4:

- At or about day 15 evaluate progress and plan for the next 13 days
- Up to 5 treatment sessions expected in weeks 3 and 4

If WAD I resolution expected without further goods and services:

- Discharge from treatment with advice and reassurance, and
- Monitor insured person

If WAD I resolution expected by the end of the treatment under the Guideline

- Provide advice and reassurance to encourage maintenance of usual activities
- Manage pain as appropriate
- Prescribe mild home exercise, and if necessary provide supervised exercise
- Utilize manipulation/mobilization or physical therapies if required as part of a strategy that promotes activation and mobility

If WAD I is resolving or improving but resolution not expected by end of treatment under this Guideline:

- Provide advice and reassurance to encourage maintenance of usual activities
- If activities of daily living are affected, advise insurer and make recommendations to the insured person and insurer for a course of action
- Manage pain as appropriate
- Prescribe mild home exercise
- Consider more intensive manipulation/mobilization or physical therapy as part of a strategy that promotes normal activities

If WAD I not resolving or improving:

- Advise insurer and insured person's treating health practitioner
- Reassess
- Submit Treatment Plan and/or refer to appropriate regulated health professional

Completion of Week 4:

- Final assessment and report to insurer and insured person using WAD I/WAD II PAF Discharge and Status Report

Appendix C - Goods and services not covered in the Guideline

An insurer is not obliged to pay pursuant to this Guideline for the following goods/services rendered to an insured person with an impairment that comes within this Guideline:

- Cervical pillows;
- Advice supporting inactivity or bedrest;
- Injections of anesthetics, sterile water or steroids to the neck;
- Soft collar;
- Spray and stretch; and
- Magnetic necklaces.

Appendix D - Getting the Facts about Whiplash

Getting the facts about Whiplash: Grades I and II

People injured in car accidents sometimes experience a strain of the neck muscles and surrounding soft tissue, known commonly as whiplash. This injury often occurs when a vehicle is hit from the rear or the side, causing a sharp and sudden movement of the head and neck. Whiplash may result in tender muscles (Grade I) or limited neck movement (Grade II). This type of injury is usually temporary and most people who experience it make a complete recovery. If you have suffered a whiplash injury, knowing more about the condition can help you participate in your own recovery. This brochure summarizes current scientific research related to Grade I and II whiplash injuries.

Understanding Whiplash

- Most whiplash injuries are not serious and heal fully.
- Signs of serious neck injury, such as fracture, are usually evident in early assessments. Health care professionals trained to treat whiplash are alert for these signs.
- Pain, stiffness and other symptoms of Grades I or II whiplash typically start within the first 2 days after the accident. A later onset of symptoms does not indicate a more serious injury.
- Many people experience no disruption to their normal activities after a whiplash injury. Those who do usually improve after a few days or weeks and return safely to their daily activities.
- Just as the soreness and stiffness of a sprained ankle may linger, a neck strain can also feel achy, stiff or tender for days or weeks. While some patients get better quickly, symptoms can persist over a longer period of time. For most cases of Grades I and II whiplash, these symptoms gradually decrease with a return to activity.

Daily Activity and Whiplash

- Continuing normal activities is very important to recovery.
- Resting for more than a day or two usually does not help the injury and may instead prolong pain and disability. For whiplash injuries, it appears that "rest makes rusty."
- Injured muscles can get stiff and weak when they're not used. This can add to pain and can delay recovery.
- A return to normal activity may be assisted by active treatment and exercises.
- Cervical collars, or "neck braces," prevent motion and may add to stiffness and pain. These devices are generally not recommended, as they have shown little or no benefit.
- Returning to activity maintains the health of soft-tissues and keeps them flexible - speeding recovery. Physical exercise also releases body chemicals that help to reduce pain in a natural way.
- To prevent development of chronic pain, it is important to start moving as soon as possible.

Tips For Return To Activity

- Avoid sitting in one position for long periods.
- Periodically stand and stretch.
- Sit at your workstation so that the upper part of your arm rests close to your body, and your back and feet are well supported.
- Adjust the seat when driving so that your elbows and knees are loosely bent.
- When shopping or carrying items, use a cart or hold things close to the body for support.

- Avoid contact sports or strenuous exercise for the first few weeks to prevent further injury. Ask your health professional about other sporting or recreational activities.
- Make your sleeping bed comfortable. The pillow should be adjusted to support the neck at a comfortable height.

Treating Whiplash

- Research indicates that successful whiplash treatment requires patient cooperation and active efforts to resume daily activity.
- A treating health care professional will assess your whiplash injuries, and discuss options for treatment and control of pain.
- Although prescription medications are usually unnecessary, temporary use of mild over-the-counter medication may be suggested, in addition to ice or heat.
- Your treating health care professional may recommend appropriate physical treatment.

Avoiding Chronic Pain

- Some whiplash sufferers are reluctant to return to activity, fearing it will make the injury worse. Pain or tenderness may cause them to overestimate the extent of physical damage.
- If your health professional suggests a return to activity, accept the advice and act on it.
- Stay connected with family, friends and co-workers. Social withdrawal can contribute to depression and the development of chronic pain.
- If you are discouraged or depressed about your recovery, talk to your health professional.
- Focus on getting on with your life, rather than on the injury!

Preventing Another Whiplash Injury

- Properly adjusting the height of your car seat head restraint (head rest) will help prevent whiplash injury in an accident. In an ideal adjustment, the top of the head should be in line with the top of the head restraint and there should be no more than 2 to 5 cm between the back of the head and the head restraint.

This brochure provides general information about whiplash injuries. It does not replace advice from a qualified health care professional who can properly assess a whiplash injury and recommend treatment.

The information highlights the latest available scientific research on whiplash and has been endorsed by the following groups:

Insurance Bureau of Canada (IBC)
 Ontario Chiropractic Association (OCA)
 Ontario Massage Therapist Association (OMTA)
 Ontario Physiotherapy Association (OPA)
 Ontario Society of Occupational Therapists (OSOT)

LIGNES DIRECTRICES PRÉ-AUTORISÉES POUR LES BLESSURES ASSOCIÉES À UNE ENTORSE CERVICALE DE STADE I AVEC OU SANS DOULEUR DORSALE

Lignes directrices du surintendant No. 06/03

Septembre 2003

1. Introduction

Les présentes lignes directrice sont émises conformément à l'article 268.3 de la *Loi sur les assurances* et aux fins de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légaux*.

Ces lignes directrices entrent en vigueur et s'appliqueront à tout Formulaire de confirmation du traitement remis à compter du 1^{er} novembre 2003 par le professionnel de la santé chargé du dossier; elles remplacent les *Lignes directrices pré-approuvées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade I avec ou sans douleur dorsale*, *Lignes directrices du surintendant No. 01/03*, juillet 2003.

Ces lignes directrice visent à établir les catégories de soins et de traitements qui peuvent être fournis, sans obtenir au préalable la permission de l'assureur, à une personne assurée ayant subi une entorse cervicale de stade I décrite ci-dessous, avec ou sans douleur dorsale, ainsi que les frais remboursés par l'assureur de la personne assurée ces services.

Ces lignes directrice reflètent le consensus entre les professionnels de la santé réglementés et les assureurs et, au fil du temps, elles feront l'objet d'un examen et de modifications, si nécessaire.

2. Types d'invalidité compris dans les présentes lignes directrice

Sous réserve des exceptions prévues à la Section 3 ci-dessous, l'invalidité dont souffre une personne assurée est comprise dans les présentes lignes directrice si, après une évaluation survenant dans les 21 jours suivant l'accident, on détermine que la personne assurée souffre d'une blessure qui :

- (a) est le résultat d'un mécanisme de transfert d'énergie au cou, par accélération-décélération, et qui se manifeste comme une douleur au cou, une raideur ou une douleur à la pression, sans signes physiques, ce qui répond donc aux critères des « troubles associés à l'entorse cervicale de stade I », tel que décrit par le Groupe de travail sur les troubles associés à l'entorse cervicale (TAEC) de la Société de l'assurance automobile du Québec dans un rapport intitulé *Redéfinir le « Whiplash » et sa prise en charge*, publié dans l'édition du 15 avril 1995 de la revue *Spine* et du numéro de mai de la revue *Le Médecin du Québec*, et/ou un complexe de symptômes fréquents associés à l'entorse cervicale;¹
- (b) peut inclure une plainte de mal de dos non radiculaire, associé à une entorse cervicale de stade I;
- (c) est d'une sévérité suffisamment grave pour requérir l'intervention de traitements en conformité avec les lignes directrice.

Une personne assurée qui souffre d'une invalidité comprise dans les présentes lignes directrice peut également manifester d'autres symptômes fréquents, notamment: des douleurs aux épaules; une douleur au bras nécessitant l'intervention d'un spécialiste (non reliée à la radiculopathie); des étourdissements; des acouphènes; des problèmes de surdité et de l'acuité de la mémoire; la dysphagie; et une douleur à l'articulation temporomandibulaire. Ces symptômes additionnels n'excluraient pas une invalidité de la portée des présentes lignes directrice, à moins qu'ils n'exigent des traitements différents de ceux prévus par les présentes lignes directrice.

3. Types d'invalidité non compris dans les présentes lignes directrice

L'invalidité d'une personne assurée n'est pas comprise dans les présente lignes directrice si :

- (a) l'invalidité de la personne assurée est comprise dans les lignes directrice pré-autorisées régissant l'entorse cervicale de stade II;
- (b) même si, dans un délai de 21 jours suivant la blessure, elle a fait l'objet d'une évaluation où une blessure décrite à la Section 2 a été constatée, il existe des conditions préexistantes précises associées à la nature professionnelle, fonctionnelle ou médicale de la personne assurée ayant comme conséquence :
 - i. d'établir de façon marquée les besoins de cette personne par rapport aux soins requis par d'autres souffrant d'invalidités similaires qui sont comprises dans les présentes lignes directrice; et
 - ii. de constituer des raisons incontournables justifiant le recours à d'autres soins et traitements de préférence à ceux prévus aux lignes directrice.

¹ Si la personne assurée présente également des symptômes musculo-squelettiques manifestes, y compris une réduction de l'amplitude des mouvements ou une sensibilité localisée, consultez les Lignes directrice pré-autorisées pour les entorses cervicales de stade I avec ou sans maux de dos.

4. Responsabilités du professionnel de la santé chargé du dossier

Le professionnel de la santé responsable du dossier :

- (a) est un professionnel de la santé tel que défini à l'Annexe sur les indemnités d'accidents légaux, que la loi autorise à traiter un blessé et qui dispose de l'autorité nécessaire pour fournir tous les traitements et soins prévus aux règlements;
- (b) amorce le traitement en soumettant le Formulaire de confirmation des traitements;
- (c) fournit une part importante des soins et traitements;
- (d) peut coordonner la prestation de tous soins et traitements couverts par les présentes lignes directrices et offerts à la personne assurée par un autre professionnel de la santé réglementé, ou superviser directement la prestation de tous soins et traitements additionnels par un fournisseur de soins de santé non réglementé dans la mesure où ces services sont nécessaires à la personne assurée et qu'ils sont dispensés en conformité avec les présentes lignes directrices;
- (e) devrait être responsable dans l'ensemble :
 - i. de l'évaluation des besoins en soins et traitements et leur mise en oeuvre de telle sorte que les éléments de traitements des lignes directrices y répondent, comme il se doit, et de manière appropriée;
 - ii. de veiller à avoir recours aux services du ou des fournisseurs de services les plus compétents;
 - iii. de maintenir le dossier à jour, communiquer avec les fournisseurs et les facturer en conformité avec les règlements;
 - iv. de faire rapport des résultats à la personne assurée et à l'assureur quand les traitements sont inadéquats ou qu'ils sont interrompus;
 - v. de participer à la supervision de l'efficacité en remplissant complètement les formulaires requis par les lignes directrices;
- (f) détermine la présence de toute entrave qui pourrait retarder le rétablissement de la personne assurée.

5. Fournisseurs couverts par les lignes directrices

Le professionnel de la santé responsable du dossier peut prévoir dans le Formulaire de confirmation des traitements des soins fournis par d'autres fournisseurs de service. Les présentes directives couvrent les traitements dispensés par le professionnel de la santé responsable du dossier et par d'autres fournisseurs, y compris des fournisseurs non réglementés dans la mesure où les traitements sont directement supervisés par un professionnel de la santé réglementé *et ne constituent pas en soi un acte médical aux termes de la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementée.*

6. Changement du professionnel de la santé responsable du dossier

Si, pour une raison ou une autre, une personne assurée recevant des traitements désire changer de professionnel de la santé responsable de son dossier, la personne assurée et le nouveau professionnel devront en informer l'assureur en lui faisant parvenir un Formulaire de confirmation des traitements. Dans ce document, la personne assurée devra donner son consentement à l'assureur pour qu'il consulte le professionnel initialement responsable du dossier pour vérifier les soins et les traitements prévus au Formulaire original qui n'ont pas été dispensés, puis l'assureur inscrira les montants à la partie 9 du nouveau formulaire.

7. Traitements couverts par les lignes directrices

Normalement, le professionnel de la santé responsable au départ d'un dossier préparera un Formulaire de confirmation des traitements.

Les traitements commencent avec la première évaluation de la personne assurée par le professionnel de la santé responsable du dossier.

Les traitements peuvent durer un maximum de 28 jours.

Les professionnels de la santé réglementés sont tenus d'évaluer la personne assurée, de préparer un plan de traitements et prévoir un maximum de neuf séances de contrôle/traitements pour les personnes en vertu des présentes lignes directrices.

L'accent des lignes directrices porte sur le maintien des activités habituelles et la réduction des risques de chronicité.

Dès le départ, on encouragera la personne assurée à maintenir ses activités normales. Au cours de la première semaine, l'accent sera mis sur l'évaluation, l'éducation, le réconfort et la gestion de la douleur. Pendant tout le traitement, on insistera sur le fait que la personne assurée est responsable de son rétablissement et sur la poursuite de ses activités habituelles. La fréquence des interventions du fournisseur diminueront au fur et à mesure que la personne assurée fera des progrès.

Si des médicaments sur ordonnance sont nécessaires, on prendra un rendez-vous, au besoin, avec un médecin ou une infirmière praticienne. Les professionnels de la santé réglementés peuvent fournir de l'information générale sur la consommation de médicaments en vente libre mais on conseille aux personnes assurées de consulter un médecin, une infirmière praticienne ou un pharmacien sur la consommation de ces médicaments.

L'ensemble du traitement peut impliquer les interventions suivantes : le réconfort, la gestion de la douleur, la mobilisation/manipulation, l'éducation et l'activation (activités quotidiennes normales et exercice actif).

Le professionnel de la santé responsable du dossier remettra à toute personne assurée relevant de ces lignes directrices un dépliant d'information intitulé *L'entorse cervicale : les faits*, préparé par des professionnels de la santé réglementés et par l'industrie des assurances. On trouvera une copie de ce dépliant en Annexe D.

Il est essentiel de faire passer un message positif et on s'attend donc, dès la première visite et l'évaluation et lors des rencontres subséquentes, à ce que la personne assurée reçoive :

- un programme d'éducation indiquant que « avoir mal, ce n'est pas se blesser »
- et le réconfort que la plupart des personnes victimes d'une entorse cervicale de stade I associés à des maux de dos récupèrent dans les premières semaines suivantes la blessure.

Ce ne sont pas toutes les victimes d'entorse cervicale de stade I qui devront suivre une partie ou la totalité des interventions prévues aux lignes directrices. Le fournisseur est responsable de déterminer la nécessité des soins et des traitements et si les interventions prescrites permettent d'enregistrer des progrès importants vers le rétablissement et dans quelle mesure ils doivent se poursuivre aux termes des lignes directrices. Si la personne assurée a récupéré avant la fin des traitements prévus, on devrait y mettre un terme sans autre forme de procès.

8. Soins et traitements additionnels

Sans avoir l'approbation préalable de l'assureur, le professionnel de la santé responsable du dossier peut fournir des soins et des traitements additionnels, au besoin, pour le traitement de blessures d'un ou de plusieurs tissus mous qui :

- (a) sont le résultats du même accident qu'une entorse cervicale de stade I et ont besoin de traitement;
- (b) ne sont pas reliés à une entorse cervicale de stade I avec ou sans mal de dos avec symptômes connexes;
- (c) ne sont pas suffisamment graves pour exclure l'invalidité de la personne assurée des présentes lignes directrices; et
- (d) peuvent être complètement traités par le fournisseur selon l'échéancier prévu dans les présentes lignes directrices.

L'invalidité traitée et les soins et traitements dispensés doivent être précisés par le professionnel de la santé responsable du dossier sur le Formulaire de confirmation des traitements et le maximum des frais exigibles à l'assureur pour la prestation de soins et traitements fournis aux termes de cette section sont établis à 120 \$.

9. Traitement jugé insuffisant ou inadéquat

Si le professionnel de la santé responsable du dossier détermine qu'aux termes des lignes directrices, le traitement n'est plus adéquat ou est insuffisant pour la personne assurée parce qu'ils ne lui permettent pas de se rétablir, il peut en aviser l'assureur et la personne assurée (en utilisant le formulaire de rapport de la situation pour un TAEC de stade I et II). Voici les avenues qui s'offrent au professionnel de la santé :

- (a) présenter au Plan de traitement;
- (b) ou présenter un Plan de traitement et, avec l'approbation de l'assureur, organiser un rendez-vous avec le médecin de l'assureur ou un autre professionnel de la santé réglementé; ou
- (c) référer la personne assurée à son médecin ou autre professionnel de la santé.

Pendant qu'on réfléchit à la décision ou au traitement à prendre, le professionnel de la santé responsable du dossier peut :

- (d) interrompre les traitements s'ils sont jugés inadéquats (ou sont devenus inutiles); ou
- (e) poursuivre le traitement jusqu'à ce que le professionnel de la santé prenne une décision finale sur les mesures à prendre ou jusqu'à la fin du traitement compris dans les présentes lignes directrices.

L'Annexe sur les indemnités d'accidents légaux stipule qu'un assureur a le droit de rejeter un Plan de traitement prévoyant des soins et traitements à être dispensés en même temps que la personne assurée reçoit des soins et des traitements aux termes des lignes directrices et que cette décision de l'assureur n'est pas sujette à une contestation.

Cependant, l'Annexe sur les indemnités d'accidents légaux prévoit également que rien n'interdit à la personne assurée, tout en recevant des soins et des traitements conformément aux lignes directrices, de présenter un Plan de traitement applicable à une période autre que celle prévue aux lignes directrices. Si l'assureur n'approuve pas le Plan de traitement dans le délai prescrit dans l'Annexe sur les indemnités d'accidents légaux, ce différend peut être soumis au Centre d'évaluation désigné pour examen.

10. Achèvement du traitement aux termes des lignes directrices

Une fois le traitement complété, le professionnel de la santé responsable du dossier préparera un rapport final expliquant le résultat des traitements pour la personne assurée.

Si une personne assurée choisit de mettre un terme aux traitements prévus, cette personne pourra les reprendre à une date ultérieure uniquement si leur durée globale et le total des frais ne dépasseront pas les normes établies.

Quand une personne assurée reçoit des traitements aux termes des lignes directrices, les options pour y mettre un terme sont les suivantes :

- i. Fermer le dossier et donner son congé à la personne assurée dans un délai de quatre semaines (le professionnel de la santé responsable au dossier remplit le formulaire Donner son congé et rapport de situation pour un TAEC de stade I et II);
- ii. La condition de l'assuré s'améliore mais pas suffisamment à la fin du traitement (des traitements additionnels ou d'autres traitements non prévus aux lignes directrices dépendent de la mise en œuvre d'un Plan de traitements et de l'application de l'Annexe d'indemnités d'accidents légaux);
- iii. Situation non résolue (décision prise le plus tôt possible) et le professionnel de la santé responsable du dossier complète le formulaire de rapport de la situation et de fermeture du dossier pour un TAEC de stade I et II et donne son congé à la personne assurée;
- iv. La personne assurée a failli de manière déraisonnable à participer au traitement. On considère une personne non raisonnable quand elle ne se présente pas à aux moins deux rendez-vous consécutifs ou à quatre rendez-vous pour l'ensemble de ceux prévus au traitement sans explication crédible. Le fournisseur est requis de compléter le formulaire de rapport de la situation pour un TAEC de stade I et II; ou
- v. La personne assurée retire son consentement.

11. Exigence en matière de rapport des professionnels de la santé responsables du dossier

Le professionnel de la santé responsable du dossier est tenu d'établir des objectifs cliniques pour les personnes assurées recevant un traitement aux termes des présentes lignes directrices en conformité avec les objectifs d'un retour aux activités normales et à une réduction d'un risque de chronicité. Pendant l'ensemble des traitements, le professionnel de la santé responsable du dossier est tenu de faire usage de mesures et d'indicateurs adéquats pour évaluer les progrès vers l'atteinte de ces objectifs.

Aux fins d'établir l'incidence des présentes lignes directrices sur une personne assurée dont l'invalidité est comprise dans ces lignes directrices et de contribuer à une évaluation globale des lignes directrices, le professionnel de la santé responsable du dossier doit remplir le formulaire Rapport de congé et rapport de situation des entorses cervicales de stade I et II.

12. Remboursement du fournisseur

Un professionnel de la santé responsable du dossier qui fournit des soins ou un traitement à une personne assurée en conformité avec les lignes directrices doit soumettre un Formulaire de confirmation des traitements au plus tard dans les cinq jours ouvrables après avoir rencontré la personne assurée pour la première fois.

L'Annexe sur les indemnités d'accidents légaux prévoit que l'assureur doit confirmer, au plus tard dans les cinq jours ouvrables après avoir reçu le Formulaire de confirmation des traitements au professionnel de la santé responsable du dossier, que la police d'assurance désignée dans le Formulaire de confirmation des traitements était en vigueur à la date de l'accident. L'assureur peut refuser de payer le professionnel de la santé en raison de question de couverture et d'exclusions prévues à l'Annexe sur les indemnités d'accident légaux.

Le paiement au professionnel de la santé suivra la réception d'un Formulaire de confirmation des traitements, d'une demande d'indemnités d'accident et d'une Facture d'assurance-automobile standard, version C. L'assureur n'est pas obligé de verser un paiement jusqu'à ce que l'assureur ait reçu une demande d'indemnités d'accidents.

Dans le cas d'une facture finale, le paiement de l'assureur sera effectué suite à la réception d'un formulaire Rapport de congé et rapport de situation des entorses cervicales de stade I et II et d'une Facture d'assurance-automobile standard, version C.

13. Contenu des annexes

L'Annexe A présente le calendrier de remboursement sous forme de tableau.

L'Annexe B donne un aperçu de l'ensemble des traitements prévus pour une personne assurée dont l'invalidité est comprise dans les présentes lignes directrices. Les fournisseurs fourniront une version personnalisée de ces traitements découlant de ces directives pour les besoins de chaque personne assurée.

L'Annexe C établit les soins et les traitements qu'un assureur n'est pas tenu de financer en vertu des présentes lignes directrices pour une personne assurée dont l'invalidité est comprise dans ces lignes directrices.

L'annexe D comprend le dépliant d'information intitulé *L'entorse cervicale : les faits*.

Annexe A - Calendrier de remboursement TAEC de stade I

Les fournisseurs de services de santé devraient recevoir les remboursements suivants pour le traitement d'une personne assurée dont l'invalidité est comprise dans les présentes lignes directrices. Les honoraires sont payables quand la personne assurée a reçu tout traitement dans la semaine incluant où le traitement a été interrompu.

1 ^{re} et 2 ^e semaines	296 \$
Obtenir son congé pendant la 1 ^{re} et la 2 ^e semaine ou à la fin de la 2 ^e semaine, rapport de congé et contrôle	152 \$
3 ^e et 4 ^e semaines	160 \$
Évaluation finale et production du rapport de congé	80 \$
Soins et traitements additionnels	120 \$
Droits de transfert de professionnel de la santé responsable du dossier	48 \$

Annexe B - Ensemble des traitements pour entorse cervicale de stade I

Semaines 1 et 2	Soins et traitements
<i>Visite initiale :</i>	<ul style="list-style-type: none"> On envisage jusqu'à quatre séances de surveillance ou de traitement dans le cadre de cette étape. Effectuer évaluation, y compris les antécédents familiaux et l'examen physique pour déterminer si ces critères peuvent être inclus dans les lignes directrices, les plaintes reliées à l'accident, le besoin de soins et de traitements recommandés et l'identification de toute entrave potentielle au rétablissement Remplir le Formulaire de confirmation du traitement
<i>Visites initiale et subséquente :</i>	<ul style="list-style-type: none"> Fournir des avis et du réconfort pour encourager le retour aux activités habituelles sans interruption Examiner le dépliant <i>L'entorse verticale : les faits</i> Gérer la douleur au besoin (pourrait se traduire par un rendez-vous avec un médecin) Prescrire de légers exercices à la maison pour améliorer la motricité Initier la manipulation et la mobilisation, au besoin, pour améliorer l'habileté fonctionnelle Si, contre toute attente, l'assuré est incapable d'effectuer les activités exécutées couramment avant l'accident au travail comme à la maison, informez-en l'assureur et la personne assurée
<i>Remarque pour les fournisseurs de service à la fin de la 2^e semaine :</i>	<ul style="list-style-type: none"> Fournir des conseils et du réconfort pour encourager le maintien des activités normales Gérer la douleur, si nécessaire Prescrire de légers exercices à la maison et, au besoin, des exercices légers supervisés Utiliser la manipulation et la mobilisation et les thérapies physiques, au besoin, dans le cadre d'une stratégie qui favorise l'activité
Si on observe une amélioration à l'entorse cervicale de stade I mais que d'autres soins et traitements sont nécessaires :	<ul style="list-style-type: none"> Réévaluer et informer l'assureur
<i>Remarques pour les fournisseurs à la fin de la 2^e semaine :</i>	
Si l'entorse cervicale de stade I ne s'améliore pas ou n'est pas réglée :	

S'il y a congé pendant la 1^{re} et la 2^e semaine

3^e et 4^e semaines

Si le TAEC de stade I est résolu sans nécessiter d'autres soins ou traitements :

Si on prévoit que le problème du TAEC de stade I sera réglé avant la fin des traitements aux termes des lignes directrices

Si l'entorse cervicale de stade I s'améliore et fait des progrès mais sera pas réglée à la fin du traitement aux termes des lignes directrices

Si le TAEC de stade I n'est pas réglé et ne s'améliore pas :

À la fin de la 4^e semaine

- Donner congé de traitement, conseil et réconfort
- Remplir le formulaire Rapport de congé et rapport de situation des entorses cervicales de stade I et II.
- Surveiller la personne assurée

- Le 15^e jour ou tout près, évaluer les progrès et planifier pour les 13 prochains jours
- Un maximum de cinq séances de traitement sont prévues dans les 3^e et 4^e semaines.

- Accorder le congé sans autre traitement et donner des conseils et du réconfort
- Surveiller la personne assurée

- Fournir des conseils et du réconfort pour encourager le retour aux activités habituelles
- Gérer la douleur au besoin
- Prescrire de légers exercices et, au besoin, fournir des exercices supervisés
- Utiliser la manipulation et la mobilisation et les thérapies physiques, s'il y a lieu, dans le cadre d'une stratégie qui fait la promotion de l'activité physique et du retour à la mobilité

- Fournir des conseils et du réconfort pour encourager le maintien des activités habituelles
- Si les activités quotidiennes sont touchées, informer l'assureur et l'assuré et présenter des recommandations à la personne assurée et à l'assureur sur la marche à suivre
- Gérer la douleur, au besoin
- Proposer des exercices faciles à la maison
- Envisager davantage de manipulation et de mobilisation intensives ou une thérapie physique dans le cadre d'une stratégie encourageant les activités habituelles

- Informé l'assureur et le professionnel de la santé traitant la personne assurée
- Réévaluer
- Envoyer le Plan de traitement et/ou référer le patient au professionnel de la santé réglementé

- Évaluation finale et rapport à l'assureur et à la personne assurée par le biais du formulaire Rapport de congé et rapport de situation des entorses cervicales de stade I et II

Annexe C - Soins et traitements non couverts pas les lignes directrices

Aux termes des présentes lignes directrices, un assureur n'est pas tenu de payer les soins ou les traitements suivants administrés à une personne assurée dont l'invalidité est comprise dans les présentes lignes directrices :

- Utiliser des oreillers cervicaux;
- Conseiller l'inactivité ou le repos au lit;
- Injecter un anesthésique, de l'eau stérile ou des stéroïdes pour le cou;
- Porter un collier souple pour plus de 2 jours;
- Effectuer des pulvérisation locale et des étirements; et
- Porter un collier magnétique.

Annexe D - L'entorse cervicale : les faits**L'entorse cervicale : les faits - stade I et II**

Les personnes blessées lors d'accidents automobiles connaissent parfois une tension aux muscles du cou et aux tissus mous environnants, désignée communément comme une entorse cervicale. Cette blessure est fréquente lorsqu'un véhicule est percuté à l'arrière ou de côté, ce qui crée un mouvement brusque et important de la tête et du cou. L'entorse cervicale peut provoquer une sensibilité des muscles (stade I) ou une limitation des mouvements du cou (stade II). Ce type de blessure est généralement temporaire et la plupart des gens qui en souffrent connaissent un rétablissement complet. Si vous avez souffert d'une entorse cervicale, le fait d'en savoir plus sur cet état peut vous aider à vous impliquer dans votre propre rétablissement. Ce dépliant résume le fruit des recherches scientifiques actuelles sur les entorses cervicales de stade I et II.

Pour comprendre l'entorse cervicale

- La plupart des entorses cervicales ne sont pas des blessures graves et guérissent complètement.
- Les signes d'une blessure cervicale grave, comme une fracture, sont généralement évidents lors des premières évaluations. Les professionnels de la santé qui ont été formés pour traiter les entorses cervicales sont attentifs à ces signes.
- La douleur, la raideur et d'autres symptômes d'entorse cervicale de stade I ou II apparaissent en général en 2 jours suivant le moment de l'accident. Une apparition plus tardive des symptômes n'est pas un signe de blessure plus grave.
- De nombreuses personnes souffrant d'entorse cervicale continuent leurs activités habituelles sans connaître de dérangement. Les personnes qui subissent de tels dérangements connaissent généralement une amélioration après quelques jours ou quelques semaines et reviennent sans danger à leurs activités quotidiennes.
- Tout comme la douleur et la raideur d'une entorse à la cheville peuvent persister, une entorse cervicale peut aussi laisser une douleur, une raideur ou une sensibilité pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines. Bien que certains patients connaissent une guérison rapide, les symptômes peuvent persister pendant une longue période de temps. Dans la plupart des cas d'entorse cervicale de stade I et II, ces symptômes diminuent graduellement avec le retour à l'activité normale.

L'Entorse cervicale et les activités quotidiennes

- Le fait de poursuivre une activité normale est très important pour le rétablissement.
- Un repos prolongé pendant plus d'un jour ou deux ne contribue généralement pas à la guérison et peut même prolonger la douleur et l'invalidité. Pour les entorses cervicales, il semblerait que « le repos fait rouiller ».
- Les muscles blessés peuvent devenir raides et faibles lorsqu'ils ne sont pas utilisés. Ceci peut augmenter la douleur et retarder le rétablissement.
- Un retour aux activités habituelles peut être facilité par un traitement actif et des exercices.
- Les collets cervicaux ou « supports cervicaux » empêchent le mouvement et peuvent augmenter la raideur et la douleur. Ces appareils ne sont généralement pas recommandés puisqu'ils n'ont fait preuve que de peu ou pas d'efficacité.
- Le retour à l'activité conserve la santé des tissus mous et maintient leur flexibilité, ce qui accélère le rétablissement. L'exercice physique libère également des agents chimiques du corps qui aident à réduire la douleur d'une façon naturelle.
- Afin de prévenir le développement de douleurs chroniques, il est important de commencer à bouger dès que possible.

Conseils pour le retour à l'activité

- Évitez de demeurer en position assise pendant des périodes prolongées sans changer de position.
- Levez-vous et étirez-vous périodiquement.
- À votre poste de travail, assoyez-vous de manière à ce que la partie supérieure de vos bras soit près de votre corps et votre dos et vos pieds soient bien soutenus.

- Ajustez le siège de votre voiture lorsque vous conduisez, de manière à ce que vos genoux et vos coudes soient légèrement pliés.
- Lorsque vous faites des emplettes ou lorsque vous transportez des objets, utilisez un chariot ou tenez les objets près de votre corps pour un meilleur soutien.
- Lors des quelques premières semaines, évitez les sports de contact ou les exercices vigoureux afin d'éviter de vous blesser à nouveau. Demandez à votre professionnel de la santé de vous conseiller d'autres activités sportives ou récréatives.
- Assurez-vous que le lit où vous dormez est confortable. L'oreiller doit être ajusté de manière à soutenir le cou à une hauteur confortable.

Traitement des entorses cervicales

- Les études indiquent qu'un traitement efficace des entorses cervicales nécessite la coopération du patient et des efforts actifs de retour aux activités quotidiennes.
- Un professionnel de la santé en charge de votre traitement évaluera votre blessure et discutera avec vous des possibilités de traitement et de gestion de la douleur.
- Bien qu'en général aucun médicament sous ordonnance n'est nécessaire, l'usage provisoire de médicaments légers disponibles en vente libre peut vous être suggéré en plus d'un traitement à la glace ou à la chaleur.
- Le professionnel de la santé en charge de votre traitement peut recommander un traitement de physiothérapie approprié.

Pour éviter les douleurs chroniques

- Certaines personnes atteintes d'une entorse cervicale hésitent à reprendre leurs activités, craignant que l'état de la blessure n'empire. La douleur ou la sensibilité peut les pousser à surestimer l'importance des dommages physiques.
- Si votre professionnel de la santé conseille un retour à l'activité, acceptez ce conseil et mettez-le en application.
- Demeurez en contact avec votre famille, vos amis et vos collègues. Le retrait social peut contribuer à la dépression et au développement de douleurs chroniques.
- Si la quête de votre rétablissement vous décourage ou vous déprime, parlez-en à votre professionnel de la santé.
- Concentrez-vous sur la poursuite de votre vie plutôt que sur votre blessure!

Pour Prévenir une nouvelle blessure

- Un bon ajustement de la hauteur de l'appuie-tête de votre siège de voiture aidera à prévenir les blessures associées au coup de fouet cervical survenant lors d'un accident. Pour un ajustement optimal, le sommet de la tête doit être aligné avec le haut de l'appuie-tête et il ne doit pas y avoir plus de 2 à 5 cm de distance entre l'arrière de la tête et l'appuie-tête.

Ce dépliant fournit des renseignements généraux sur les entorses cervicales. Ce dépliant ne remplace pas les conseils qualifiés d'un professionnel de la santé qui peut évaluer correctement les blessures associées au coup de fouet cervical et recommander un traitement.

Ces renseignements résument les dernières recherches scientifiques disponibles sur l'entorse cervicale et ont été entérinés par les groupes suivants :

Bureau d'assurance du Canada (BAC)
 Association chiropratique de l'Ontario (OCA)
 Ontario Massage Therapist Association (OMTA)
 Ontario Physiotherapy Association (OPA)
 Ontario Society of Occupational Therapists (OSOT)

**PRE-APPROVED FRAMEWORK GUIDELINE FOR
WHIPLASH ASSOCIATED DISORDER GRADE II INJURIES
WITH OR WITHOUT COMPLAINT OF BACK SYMPTOMS**

Superintendent's Guideline No. 07/03

September 2003

1. Introduction

This Guideline is issued pursuant to Section 268.3 of the *Insurance Act* for the purposes of the *Statutory Accident Benefits Schedule* (SABS).

This Guideline is effective for new Treatment Confirmation Form submitted by a initiating health practitioner on or after November 1, 2003, and replaces Pre-approved Framework Guideline for Whiplash Associated Disorder Grade II Injuries With or Without Complaint of Back Symptoms Superintendent's Guideline No. 02/03, July 2003.

This Guideline is intended to set out what goods and services may be provided without insurer approval to an insured person who has sustained a Whiplash Associated Disorder Grade II as described below, with or without back pain, and the cost of such services payable by the insured person's insurer.

This Guideline reflects a consensus between regulated health professionals and insurers and will be subject to review and revision as required over time.

2. Impairments that come within this Guideline

Subject to the exceptions listed in Section 3, below, an insured person's impairment comes within this Guideline if, after being assessed within 28 days of the accident, the insured person is determined to have sustained an injury that:

- (a) resulted from an acceleration-deceleration mechanism of energy transfer to the neck, presents as a complaint of neck pain, stiffness, or tenderness, and musculoskeletal sign(s), including decreased range of motion and point tenderness, and therefore meets the criteria for "Whiplash Associated Disorder Grade II" (also known as "WAD II") set out in the Société de l'assurance automobile du Québec's Task Force Report titled *Redefining "Whiplash" and its Management*, published in the April 15, 1995 edition of *Spine*;
- (b) may include a complaint of non-radicular back symptoms associated with the WAD II; and
- (c) is of sufficient severity that it requires the physical treatment interventions provided under this Guideline.

An insured person who has sustained an impairment covered by this Guideline may also exhibit other common symptoms including: shoulder pain; referred arm pain (not from radiculopathy); dizziness; tinnitus; headache; difficulties with hearing and memory acuity; dysphagia; and temporomandibular joint pain. These additional symptoms would not exclude an impairment from this Guideline unless they require separate treatment from that provided under this Guideline.

3. Impairments that do not come within this Guideline

An insured person's impairment does not come within this Guideline if:

- (a) The insured person's impairment comes within the WAD I Pre-approved Framework Guideline; or
- (b) despite being assessed within 28 days of the injury as having an injury described in Section 2, there are specific pre-existing occupational, functional or medical circumstances of the insured person that:
 - i. significantly distinguish the insured person's needs from the needs of other persons with similar impairments that come within this Guideline; and

- ii. constitute compelling reasons why other proposed goods or services are preferable to those provided for under this Guideline.

4. Responsibilities of the initiating health practitioner

The initiating health practitioner:

- (a) is a health practitioner as defined by the SABS who is authorized by law to treat the injury and has the ability to deliver all the goods/services provided for in this Guideline;
- (b) initiates treatment by submitting a Treatment Confirmation Form;
- (c) provides a significant portion of the goods and services;
- (d) may co-ordinate the provision of any goods and services covered by this Guideline and provided to the insured person by another regulated health professional, or directly supervise the provision of any additional goods and services to the insured person by an unregulated provider, where such treatment is needed by the insured person and is provided under this Guideline;
- (e) shall have overall accountability for:
 - i. assessing the need for and implementing goods and services such that the treatment elements in this Guideline are addressed as required and appropriate;
 - ii. ensuring the use of the most appropriate provider(s);
 - iii. documenting, communicating and billing as required by the Guideline;
 - iv. reporting outcomes to the insured person and insurer when treatment is inappropriate or ceases;
 - v. participating in monitoring the effectiveness of the Guideline by fully completing the forms required by this Guideline; and
- (f) determines the presence of any barriers which might delay recovery.

5. Providers covered by this Guideline

The initiating health practitioner may include treatment by other providers in the Treatment Confirmation Form. This Guideline covers treatment by the initiating health practitioner and other providers, including unregulated providers where the treatment is directly supervised by a regulated health professional and is not a controlled act as defined by the *Regulated Health Professions Act, 1991*.

6. Switching initiating health practitioners

If for any reason an insured person receiving treatment under this Guideline wishes to change his or her initiating health practitioner, the insured person and the new practitioner must inform the insurer through submission of a new Treatment Confirmation Form. In the new Treatment Confirmation Form, the insured person will give consent for the insurer to contact the original initiating health practitioner to determine what goods and services referred to in the original Treatment Confirmation Form have not been provided and the insurer will then fill in this amount in Part 9 of the form.

7. Treatment/assessments covered by this Guideline

There will typically be one Treatment Confirmation Form which will be prepared by the initiating health practitioner.

The treatment commences with the insured person's first assessment by the initiating health practitioner.

If treatment is initiated during the first 7 days following an accident, the duration of treatment will be 7 weeks. If treatment is initiated between 8 and 28 days following an accident, the duration of treatment will be 6 weeks.

In the first week of treatment under the Guideline emphasis will be on assessment, education, reassurance and pain control and may include physician referral for prescription medication.

The course of treatment may involve the following: reassurance, pain control, mobilization/manipulation, education, and activation (normal daily activities and active exercise).

Education materials titled *Getting the Facts About Whiplash*, developed by regulated health professionals and the insurance industry, will be provided by the initiating health practitioner to all insured persons covered by this Guideline. This material may be found in Appendix E.

The importance of positive messaging is recognized, and it is therefore expected that, at the initial visit and assessment and at subsequent visits, the insured person will be provided with:

- education regarding “hurt does not equal harm;” and
- reassurance that most people with WAD II and associated complaints of back symptoms recover within the first few weeks following the injury.

Emphasis will be on the insured person’s responsibility for his or her recovery and the return to normal activities. The frequency of goods and services will diminish as the insured person progresses.

If prescription medication is needed, a referral to a physician or nurse practitioner is necessary. Regulated health professionals may provide general information on the use of over-the-counter medications, but insured persons should be encouraged to consult a physician, nurse practitioner, or pharmacist on the specific use of these medications.

Not all individuals with WAD II will require any or all of the goods and services included within this Guideline. The provider is responsible for determining the need for goods and services and whether the prescribed goods and services are producing significant progress toward recovery and should be continued under the Guideline. If the insured person has recovered before the completion of the treatment outlined in this Guideline, the insured person should be discharged from treatment.

8. Ancillary goods or services (SABS s. 37.2)

With prior insurer approval, certain ancillary goods or services may be proposed by the initiating health practitioner or family physician or insurer and carried out by a regulated health professional while the insured person continues to be covered by this Guideline. Prior approval from the insurer must be requested on a separate Treatment Confirmation Form. If the insurer does not give its approval within 5 business days, as outlined in the SABS, that dispute may proceed to a Designated Assessment Centre for review. If the insurer fails to respond within the prescribed time period, the insurer must pay for the ancillary goods or services delivered under the Treatment Confirmation Form.

For the purposes of this Guideline, ancillary goods or services which may be requested are an Activities of Normal Life Intervention (ANLI), in order to identify and evaluate areas of functional difficulty or barriers to recovery due to the WAD II or back pain and to implement strategies for recovery. An ANLI is not an assessment for the purpose of determining eligibility for housekeeping, attendant care or weekly benefits.

The insured person must be present during the ANLI (excluding reporting back).

The ANLI will take no more than 4 hours for the regulated health professional to complete, including preparation of the report (not including travel time/mileage).

The regulated health professional must report back to the initiating health practitioner (where not the same person), insurer, insured person and family physician and comment on assessment findings, treatment interventions provided and recommendations.

If, upon completion of the ANLI, the regulated health professional identifies a need for further goods and services, she or he will complete a Treatment Plan and submit the request to the insurer.

9. Supplementary goods and/or services

Without prior insurer approval, the initiating health practitioner may provide supplementary goods and/or services where they are needed for the management of one or more minor soft tissue injury/ies which:

- (a) resulted from the same accident as the WAD II and requires treatment;
- (b) is/are unrelated to the WAD II with or without back pain and its common symptoms;
- (c) is/are not of sufficient severity to exclude the insured person’s impairment under this Guideline; and
- (d) can be fully treated by the provider within the time frame of this Guideline.

The impairment addressed and the services and/or goods must be specified by the initiating health practitioner on a Treatment Confirmation Form and the maximum total cost payable by the insurer for the goods and services provided under this section is \$160.

10. Treatment deemed insufficient or inappropriate

If the initiating health practitioner determines that treatment under this Guideline is no longer appropriate or sufficient for the insured person because the insured person is not making sufficient progress towards recovery, the initiating health practitioner will advise the insurer and the insured person (using the WAD I/WAD II PAF Discharge & Status Report form). The initiating health practitioner’s options then are the following:

- (a) submit a Treatment Plan; or
- (b) submit a Treatment Plan and make a referral to the insured person’s physician or another regulated health professional; or
- (c) with insurer agreement, extend treatment under this Guideline for no more than 4 visits and 2 weeks beyond end of regular duration and at a price determined by the insurer and initiating health practitioner; or
- (d) make a referral to the insured person’s physician or another regulated health professional.

While treatment/referral decisions are being considered, the initiating health practitioner may:

- (e) stop the treatment where it is not appropriate (or no longer needed); or
- (f) continue treatment until a decision is reached on the action recommended by the initiating health practitioner.

The SABS provides that an insurer may reject a Treatment Plan that provides for goods and services to be received during any period in which the insured person is receiving goods and services under this Guideline and the insurer’s determination is not subject to dispute.

However, the SABS also provides that nothing prevents an insured person, while receiving goods and services under this Guideline, from submitting a Treatment Plan applicable to a period other than the period covered by this Guideline. If the insurer does not approve the Treatment Plan within the time period prescribed in the SABS, that dispute may proceed to a Designated Assessment Centre for review.

11. Completing the treatment under this Guideline

Upon completion of treatment, the initiating health practitioner will prepare a final report which will indicate the insured person’s outcomes from treatment.

If an insured person elects to end treatment under this Guideline, he or she may only resume treatment at a later date if this will not extend the overall duration and expenditure limits of the Guideline.

When an insured person is receiving treatment under the Guideline, the termination options are:

- i. Resolved and discharged within 6 weeks (WAD I/WAD II PAF Discharge & Status Report completed by initiating health practitioner);
- ii. Condition improving, but improvement is insufficient at the end of the treatment (further or other treatment beyond the Guideline is dependent upon the Treatment Plan application and approval process of the SABS);

- iii. Not resolving (decision made as soon as possible) and the initiating health practitioner completes the WAD I/WAD II PAF Discharge & Status Report form and discharges the insured person;
- iv. Insured person unreasonably fails to participate in treatment. This may be inferred from the insured person's non-attendance at 2 consecutive appointments or 4 appointments overall without a reasonable explanation. Provider required to complete WAD I/WAD II PAF Discharge & Status Report form; or
- v. Insured person withdraws consent.

12. Reporting requirement for initiating health practitioners

The initiating health practitioner is expected to establish clinical outcome goals for the insured person receiving treatment under this Guideline that are consistent with the goals of return to normal activities in the early stages of recovery and reducing the risk of chronicity. Throughout the course of treatment the initiating health practitioner is expected to use appropriate measures/indicators to evaluate progress towards achievement of these goals.

For the purposes of documenting the impact of the Guidelines on an insured person whose impairment comes within this Guideline and contributing to the overall evaluation of the Guideline, the initiating health practitioner must complete the WAD I/WAD II PAF Discharge & Status Report form.

13. Provider reimbursement

An initiating health practitioner who provides a good and/or service to an insured person in accordance with the Guideline must submit a Treatment Confirmation Form not later than 5 business days after first seeing the insured person.

The SABS provides that the insurer must confirm to the initiating health practitioner no later than 5 business days after receiving the Treatment Confirmation Form, that the auto insurance policy referenced in the Treatment Confirmation Form was in force on the date of the accident. Payment to the initiating health practitioner may be denied due to coverage issues or exclusions set out in the SABS.

The insurer's payment will follow receipt of a completed Treatment Confirmation Form, Application for Accident Benefits and Auto Insurance Standard Invoice, Version C. The insurer is not obliged to make payment until after the insurer has received an Application for Accident Benefits.

In the case of the final invoice, the insurer's payment will follow receipt of a WADI/WAD II PAF Discharge & Status Report and Auto Insurance Standard Invoice, Version C.

Where an x-ray service is provided to an insured person whose impairment comes within this Guideline by a chiropractor who is an initiating health practitioner, that service is payable without insurer approval and subject to the reimbursement schedule outlined in Appendix D to this Guideline.

14. Content of appendices

Appendix A sets out the payment schedule in chart form.

Appendix B sets out an overview of the expected course of treatment for an insured person whose impairment comes within this Guideline. Providers will individualize these treatment directives for the needs of each insured person.

Appendix C sets out what goods/services an insurer is not obliged to fund pursuant to this Guideline for an insured person whose impairment comes within this Guideline.

Appendix D outlines the payment schedule for x-rays provided pursuant to this Guideline for an insured person whose impairment comes within this Guideline. Any other x-ray service is subject to insurer approval.

Appendix E contains the educational brochure titled *Getting the Facts About Whiplash*.

Appendix A - WAD II Payment Schedule

Health care providers are entitled to the following reimbursement for treatment of an insured person whose impairment comes within this Guideline. Fees are payable where the insured person has received any treatment in that week including where treatment has been discontinued.

Week 1	\$240
Weeks 2 and 3	\$432
Discharge at end of Week 3 and monitoring	\$160
Weeks 4, 5 and 6	\$408
Final assessment and completion of report	\$80
Supplementary goods and services	\$160
Transfer fee if changing initiating health practitioner	\$48

Appendix B - WAD II Course of treatment

Weeks 1 to 3	Treatment/Services
<i>Initial Visit/Week 1:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Initial visit and up to 3 treatment sessions • Conduct assessment including history, physical exam, x-rays (subject to Appendix D in Guideline) to determine if criteria met for inclusion in the Guideline, relationship of complaints to the accident, the need for the recommended goods and services if any and identification of any potential barriers to recovery • Complete Treatment Confirmation Form • Provide "Getting the Facts About Whiplash" • Manage pain as appropriate (may include physician referral for prescription medication) • Prescribe mild home exercise to improve range of motion • Initiate manipulation/mobilization, if appropriate, to improve function • Consider prognosis and need for ANLI
<i>Visits in Weeks 2 and 3:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 2 to 4 treatments/monitoring sessions per week expected in this block • Provide advice and reassurance to encourage return to usual activities
<i>Considerations for Providers at the end of Week 3:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Provide advice and reassurance to encourage maintenance of usual activities as soon as possible • Manage pain as appropriate • Prescribe mild home exercise and, if necessary, mild supervised exercise • Utilize manipulation/mobilization and/or physical therapies if required as part of a strategy that promotes activation and return of mobility
If WAD improving but further goods and services required:	<ul style="list-style-type: none"> • Re-evaluate • Consider need for ANLI
<i>Considerations for Providers at the end of Week 3:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Discharge from treatment with advice and reassurance • Monitor
If WAD II not resolving or improving:	<ul style="list-style-type: none"> • Discharge from treatment with advice and reassurance • Monitor
<i>Considerations for Providers at the end of Week 3:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Discharge from treatment with advice and reassurance • Monitor
If WAD II resolution expected without further intervention:	<ul style="list-style-type: none"> • Discharge from treatment with advice and reassurance • Monitor

If discharged during Weeks 2 or 3 or at end of Week 3:

- Discharge from treatment with advice and reassurance and complete WAD I/ WAD II Discharge & Status Report
- Monitor insured person

Weeks 4, 5 and 6

- At or about day 21 evaluate progress and plan for next 21 days
- 1 - 3 treatment sessions per week expected in this block

Considerations for providers during weeks 4-6:

- Discharge from treatment with advise and reassurance and
- Monitor

If WAD II resolution expected without further interventions:

Considerations for providers during weeks 4-6:

- Provide advice and reassurance to encourage return to usual activities as soon as possible
- Manage pain as appropriate
- Prescribe mild home exercise, and if necessary, provide supervised exercise
- Utilize manipulation/mobilization and/or physical therapies if required as part of a strategy that promotes activation and return of mobility

If WAD II resolution expected by the end of treatment under the Guideline:

- Advise insurer including presence of any barriers to recovery
- Provide advice and reassurance to encourage return to usual activities as soon as possible
- Manage pain as appropriate
- Prescribe mild home exercise
- Consider more intensive manipulation/ mobilization and/or physical therapies as part of a strategy that promotes activation and return of mobility
- Consider need for ANLI
- Consider supervised exercise and conditioning program
- Consider requesting an extension of treatment under this Guideline from insurer of up to 4 visits and 2 weeks or, if more treatment is needed, submit Treatment Plan to insurer

If WAD II is resolving or improving but resolution not expected by end of treatment under the Guideline:

- Advise insurer and, if appropriate, insured person's treating health practitioner
- Reassess
- Submit Treatment Plan and/or refer to appropriate regulated health professional

If WAD not resolving or improving:

- Final assessment and report to insurer and insured person

Completion of week 6:

- Final assessment and report to insurer and insured person

Appendix C - Goods and services not covered in the Guideline

An Insurer is not obliged to pay pursuant to this Guideline for the following goods/services rendered to an insured person with an impairment that comes within this Guideline:

- Cervical pillows;
- Advice supporting inactivity or bedrest;
- Injections of anaesthetics, sterile water or steroids to the neck;
- Soft collar for more than 2 days;
- Spray and stretch; and
- Magnetic necklaces.

Note: Adjunct passive modalities (transcutaneous electrical nerve stimulation, ultrasound, massage, heat/cold application, short term bedrest) are included in the funding where part of strategy promoting activation and return to mobility.

Appendix D - Payment Schedule for X-Rays

X-ray services for an insured person with an impairment that comes within this Guideline are payable under the following circumstances:

- X-rays listed below do not require insurer approval, but fees may not exceed those listed in table below. Any other x-rays require insurer/ DAC approval.
- No other comparable x-rays have been taken by another health practitioner or facility since the accident.
- Any available funding from OHIP or collateral insurance is utilized before the insurer is billed.
- The insured person displays one or more of the following characteristics:
 - Suspicion of bony injury;
 - Suspicion of degenerative changes, instability, or other conditions of sufficient severity that counter indications to one or more interventions must be ruled out;
 - Suspicion of rheumatoid arthritis;
 - Suspicion of osteoporosis; or
 - History of cancer.

Description	CCI		Maximum Fee (\$)
	Code	Attribute	
<i>Cervical Spine</i>			
2 or fewer views	3.SC.10	CXA	\$35.20
3-4 views	3.SC.10	CXB	\$42.00
5-6 views	3.SC.10	CXC	\$48.00
more than 6 views	3.SC.10	CXD	\$56.64
<i>Thoracic Spine</i>			
2 or fewer views	3.SC.10	THA	\$32.85
3-4 views	3.SC.10	THB	\$43.23
<i>Lumbar or Lumbosacral spine</i>			
2 or fewer views	3.SC.10	LBA or LSA	\$35.20
3-4 views	3.SC.10	LBB or LSB	\$42.00
5-6 views	3.SC.10	LBC or LSC	\$48.00
More than 6 views	3.SC.10	LBD or LSD	\$55.86

Appendix E - Getting the Facts about Whiplash

Getting the facts about Whiplash: Grades I and II

People injured in car accidents sometimes experience a strain of the neck muscles and surrounding soft tissue, known commonly as whiplash. This injury often occurs when a vehicle is hit from the rear or the side, causing a sharp and sudden movement of the head and neck. Whiplash may result in tender muscles (Grade I) or limited neck movement (Grade II). This type of injury is usually temporary and most people who experience it make a complete recovery. If you have suffered a whiplash injury, knowing more about the condition can help you participate in your own recovery. This brochure summarizes current scientific research related to Grade I and II whiplash injuries.

Understanding Whiplash

- Most whiplash injuries are not serious and heal fully.
- Signs of serious neck injury, such as fracture, are usually evident in early assessments. Health care professionals trained to treat whiplash are alert for these signs.
- Pain, stiffness and other symptoms of Grades I or II whiplash typically start within the first 2 days after the accident. A later onset of symptoms does not indicate a more serious injury.
- Many people experience no disruption to their normal activities after a whiplash injury. Those who do usually improve after a few days or weeks and return safely to their daily activities.
- Just as the soreness and stiffness of a sprained ankle may linger, a neck strain can also feel achy, stiff or tender for days or weeks. While some patients get better quickly, symptoms can persist over a longer

period of time. For most cases of Grades I and II whiplash, these symptoms gradually decrease with a return to activity.

Daily Activity and Whiplash

- Continuing normal activities is very important to recovery.
- Resting for more than a day or two usually does not help the injury and may instead prolong pain and disability. For whiplash injuries, it appears that “rest makes rusty.”
- Injured muscles can get stiff and weak when they're not used. This can add to pain and can delay recovery.
- A return to normal activity may be assisted by active treatment and exercises.
- Cervical collars, or “neck braces,” prevent motion and may add to stiffness and pain. These devices are generally not recommended, as they have shown little or no benefit.
- Returning to activity maintains the health of soft-tissues and keeps them flexible - speeding recovery. Physical exercise also releases body chemicals that help to reduce pain in a natural way.
- To prevent development of chronic pain, it is important to start moving as soon as possible.

Tips For Return To Activity

- Avoid sitting in one position for long periods.
- Periodically stand and stretch.
- Sit at your workstation so that the upper part of your arm rests close to your body, and your back and feet are well supported.
- Adjust the seat when driving so that your elbows and knees are loosely bent.
- When shopping or carrying items, use a cart or hold things close to the body for support.
- Avoid contact sports or strenuous exercise for the first few weeks to prevent further injury. Ask your health professional about other sporting or recreational activities.
- Make your sleeping bed comfortable. The pillow should be adjusted to support the neck at a comfortable height.

Treating Whiplash

- Research indicates that successful whiplash treatment requires patient cooperation and active efforts to resume daily activity.
- A treating health care professional will assess your whiplash injuries, and discuss options for treatment and control of pain.
- Although prescription medications are usually unnecessary, temporary use of mild over-the-counter medication may be suggested, in addition to ice or heat.
- Your treating health care professional may recommend appropriate physical treatment.

Avoiding Chronic Pain

- Some whiplash sufferers are reluctant to return to activity, fearing it will make the injury worse. Pain or tenderness may cause them to overestimate the extent of physical damage.
- If your health professional suggests a return to activity, accept the advice and act on it.
- Stay connected with family, friends and co-workers. Social withdrawal can contribute to depression and the development of chronic pain.
- If you are discouraged or depressed about your recovery, talk to your health professional.
- Focus on getting on with your life, rather than on the injury!

Preventing Another Whiplash Injury

- Properly adjusting the height of your car seat head restraint (head rest) will help prevent whiplash injury in an accident. In an ideal adjustment, the top of the head should be in line with the top of the head restraint and there should be no more than 2 to 5 cm between the back of the head and the head restraint.

This brochure provides general information about whiplash injuries. It does not replace advice from a qualified health care professional who can properly assess a whiplash injury and recommend treatment.

The information highlights the latest available scientific research on whiplash and has been endorsed by the following groups:

Insurance Bureau of Canada (IBC)
Ontario Chiropractic Association (OCA)
Ontario Massage Therapist Association (OMTA)
Ontario Physiotherapy Association (OPA)
Ontario Society of Occupational Therapists (OSOT)

LIGNES DIRECTRICES PRÉ-APPROUVÉES POUR LES BLESSURES ASSOCIÉES À UNE ENTORSE CERVICALE DE STADE II AVEC OU SANS DOULEUR DORSALE

Lignes directrices du surintendant No. 07/03

Septembre 2003

1. Introduction

Les présentes lignes directrices sont émises conformément à l'article 268.3 de la *Loi sur l'assurance* et aux fins de l'*Annexe sur les indemnités d'accidents légaux*.

Ces lignes directrices entrent en vigueur et s'appliqueront à tout Formulaire de confirmation du traitement remis à compter du 1^{er} novembre 2003 par le professionnel de la santé chargé du dossier; elles remplacent les *Lignes directrices pré-approuvées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade II avec ou sans douleur dorsale*, *Lignes directrices du surintendant No. 02/03*, juillet 2003.

Ces lignes directrices visent à établir les catégories de soins et traitements qui peuvent être fournis, sans obtenir au préalable la permission de l'assureur, à une personne assurée ayant subi une entorse cervicale de stade II tel que décrit ci-dessous, avec ou sans douleur dorsale, ainsi que les frais remboursés par l'assureur pour ces services.

Ces lignes directrices reflètent le consensus entre les professionnels de la santé réglementés et les assureurs et, au fil du temps, elles feront l'objet d'un examen et de modifications, si nécessaire.

2. Types d'invalidité compris dans les présentes lignes directrice

Sous réserve des exceptions décrites à la Section 3 des présentes, les présentes lignes directrices s'appliquent à l'invalidité d'une personne assurée si, après avoir été évaluée dans les 28 jours suivant un accident, la personne assurée est déclarée victime d'une blessure qui :

- (a) est le résultat d'un mécanisme de transfert d'énergie au cou, par accélération-décélération et qui se manifeste comme une douleur au cou, une raideur, une sensibilité ou des signes musculosquelettiques, y compris une diminution de la motricité et d'une sensibilité localisée, ce qui par conséquent répond aux critères de « troubles associés à l'entorse cervicale de stade II » (également nommés « TAEC II »), tel que décrit par le Groupe de travail sur les troubles associés à l'entorse cervicale de la Société de l'assurance automobile du Québec dans un rapport intitulé *Redéfinir le « Whiplash » et sa prise en charge*, publié en supplément dans l'édition du 15 avril 1995 de la revue *Spine*;
- (b) peut inclure une plainte de mal de dos non radiculaire associé à une entorse cervicale de stade II;
- (c) est suffisamment grave pour requérir l'intervention de traitements en conformité avec les lignes directrices.

La personne assurée qui a subi des blessures couvertes par les présentes lignes directrices peut également manifester d'autres symptômes fréquents, notamment les suivants : des douleurs aux épaules, une douleur au bras nécessitant l'intervention d'un spécialiste (non reliée à la radiculopathie), des étourdissements, de l'acouphène, des maux de tête, des problèmes d'ouïe et de mémoire, de la dysphagie et une douleur à l'articulation temporomandibulaire. Ces symptômes additionnels n'excluraient pas l'invalidité de l'application de ces lignes directrices à

moins qu'ils n'exigent des traitements différents de ceux prévus aux présentes lignes directrices.

3. Types d'invalidité non compris dans les présentes lignes directrices

Les présentes lignes directrices ne s'appliquent pas à l'invalidité d'une personne assurée si :

- (a) l'invalidité de la personne assurée est couverte par les lignes directrices régissant l'entorse cervicale de stade I;
- (b) ou, même si elle a été examinée dans un délai de 28 jours suivant la blessure décrites à la Section 2, il existe des conditions préexistantes précises associées à la nature professionnelle, fonctionnelle ou médicale de la personne assurée ayant comme conséquence :
 - i. d'établir de façon marquée les besoins de cette personne par rapport aux soins requis par les autres personnes assurées en vertu des mêmes lignes directrices;
 - ii. et de constituer des raisons incontournables justifiant le recours à d'autres soins et traitements plutôt qu'à ceux prévus dans les présentes lignes directrices.

4. Responsabilités du professionnel de la santé chargé du dossier

Le professionnel de la santé responsable du dossier :

- (a) est un professionnel de la santé tel que défini à l'Annexe sur les indemnités d'accidents légaux, que la loi autorise à traiter un blessé et qui dispose de l'autorité nécessaire pour fournir tous les soins et traitements prévus aux règlements;
- (b) amorce le traitement en soumettant le Formulaire de confirmation du traitement;
- (c) fournit une part importante des soins et traitements;
- (d) peut superviser directement ou coordonner la prestation de tout bien ou service couvert par les lignes directrices par un fournisseur non réglementé dans la mesure où il les juge nécessaires pour le bien de la personne et qu'ils sont dispensés en conformité avec les lignes directrices;
- (e) devrait être responsable dans l'ensemble de :
 - i. l'évaluation des besoins en soins et traitements et leur mise en oeuvre de telle sorte que les éléments de traitement des lignes directrices y répondent, comme il se doit, et de manière appropriée;
 - ii. veiller à avoir recours aux services du ou des fournisseurs de services les plus compétents;
 - iii. maintenir le dossier à jour, communiquer et facturer les fournisseurs, en conformité avec les lignes directrices;
 - iv. faire rapport des résultats à la personne assurée et à l'assureur quand le traitement est inadéquat ou qu'il est interrompu;
 - v. participer à la supervision de l'efficacité en remplissant complètement les formulaires requis par les lignes directrices;
- (f) et détermine la présence d'entraves qui peuvent retarder le rétablissement.

5. Fournisseurs couverts par les lignes directrices

Le professionnel de la santé responsable du dossier prévoit dans le Formulaire de confirmation des traitements des soins fournis par d'autres fournisseurs de service. Les présentes lignes directrices couvrent les traitements dispensés par le professionnel de la santé et d'autres fournisseurs, y compris des fournisseurs non réglementés dans la mesure où les traitements sont directement supervisés par un professionnel de la santé réglementé et ne constitue pas en soi *un acte médical aux termes de la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementée*.

6. Changement de professionnel de la santé responsable du dossier

Si, pour une raison ou pour une autre, une personne assurée recevant des traitements désire changer de professionnel de la santé responsable du dossier, la personne assurée et le remplaçant du professionnel initial devront en informer l'assureur en lui faisant parvenir un Formulaire de confirmation du traitement. Dans ce document, la personne assurée devra donner son consentement à l'assureur pour qu'il contacte le professionnel initial pour vérifier les soins et les traitements prévus au Formulaire de confirmation de traitement original qui n'ont pas été dispensés, puis l'assureur inscrira les montants à la partie 9 du nouveau formulaire.

7. Traitements et évaluations couverts par les lignes directrices

Normalement, le professionnel de la santé responsable au départ d'un dossier préparera un Formulaire de confirmation du traitement.

Le traitement commence avec la première évaluation de la personne assurée par le professionnel de la santé responsable du dossier.

Si le traitement est engagé dans les sept premiers jours suivant un accident, sa durée sera de sept semaines. S'il est engagé entre 8 et 28 jours suivant l'accident, sa durée sera fixée à 6 semaines.

Dans la première semaine de traitement, aux termes des lignes directrices, l'accent sera mis sur l'évaluation, l'éducation, le réconfort, la gestion de la douleur et pourrait comprendre un rendez-vous avec un médecin pour obtention d'une ordonnance.

La série de traitement peut comprendre les éléments suivants : réconfort, gestion de la douleur, mobilisation/manipulation, éducation et activation (activités quotidiennes normales et exercice physique).

Les professionnels de la santé responsables du dossier distribueront à toutes les personnes assurées couvertes par les lignes directrices un dépliant d'information intitulé *L'entorse cervicale : les faits*, préparé par des professionnels de la santé réglementés et des intervenants du milieu des assurances. Ce matériel est fourni à l'Annexe E.

Il est essentiel de faire passer un message positif et on s'attend donc à ce que tout au long de son traitement, de la première à la dernière rencontre, la personne assurée reçoive :

- un programme d'éducation indiquant que « avoir mal, ce n'est pas se blesser »;
- et l'assurance que la plupart des personnes souffrant d'une entorse cervicale de stade II et des maux de dos connexes récupèrent dans les premières semaines suivant la blessure.

L'accent sera mis sur la responsabilisation des personnes assurées, qui doivent prendre en main leur propre rétablissement et le retour aux activités normales. La fréquence des soins et traitements diminuera au fur et à mesure que la personne assurée fait des progrès.

Si des médicaments doivent être prescrits, il faut référer la personne assurée à un médecin ou à une infirmière praticienne. Les professionnels de la santé réglementés peuvent fournir de l'information générale sur l'utilisation de médicaments en vente libre mais il faut encourager la personne assurée à consulter un médecin, une infirmière praticienne ou un pharmacien relativement à la consommation des ces médicaments.

Ce ne sont pas toutes les personnes souffrant d'une entorse cervicale de stade II qui devront suivre une partie ou la totalité des soins et traitements prévus aux lignes directrices. Le fournisseur est responsable de déterminer la nécessité d'intervention et si les soins et traitements prescrits permettent d'enregistrer des progrès importants vers le rétablissement et dans quelle mesure ils doivent se poursuivre aux termes des lignes directrices. Si la personne assurée a récupéré avant la fin des traitements prévus, on devrait y mettre un terme sans autre forme de procès.

8. Soins et traitements auxiliaires (TAEC s. 37.2)

Dans la mesure où l'assureur a donné son approbation préalable, le professionnel de la santé responsable du dossier, le médecin de famille

ou l'assureur peuvent proposer certains soins et traitements auxiliaires que peut dispenser un professionnel de la santé réglementé pendant que la personne assurée continue d'être couverte par les lignes directrices. Il faut remplir un formulaire de confirmation de traitement séparé pour obtenir l'approbation de l'assureur. Si l'assureur ne donne pas son approbation dans les cinq jours ouvrables, comme le prévoit l'Annexe sur les indemnités d'accidents légaux, ce litige peut être soumis à un Centre d'évaluation désigné (CED) pour examen. Si l'assureur ne répond pas dans la période impartie, l'assureur sera tenu de payer pour les soins et les traitements fournis aux termes du Formulaire de confirmation de traitement.

Pour les besoins des présentes lignes directrices, les soins et traitements auxiliaires requis comprennent les activités d'intervention de la vie courante (ANLI) dans le but d'identifier et d'évaluer les secteurs de difficulté fonctionnelle ou les entraves au rétablissement en raison d'une entorse cervicale de stade II ou de maux de dos et mettre en place des stratégies pour le rétablissement. Une « ANLI » est une évaluation permettant de déterminer l'admissibilité à l'entretien ménager, aux services auxiliaires ou aux indemnités hebdomadaires.

La personne assurée doit être présente lors de l'ANLI (sauf pour la rédaction du rapport).

Il ne prendra pas plus de quatre heures au professionnel pour faire passer le test d'ANLI, incluant le temps de préparation du rapport (mais excluant les déplacements et le kilométrage).

Le professionnel de la santé réglementé doit faire rapport au professionnel de la santé responsable du dossier (si ce n'est pas la même personne), à l'assureur, à la personne assurée, au médecin de famille et se prononcer sur les conclusions de l'évaluation, le traitement fourni et faire des recommandations.

Si, après avoir complété le formulaire ANLI, le professionnel de la santé réglementé décide que des soins et traitements additionnels sont nécessaires, il devra compléter le plan de traitement et présenter une demande à l'assureur.

9. Soins et traitements additionnels

Sans l'approbation préalable de l'assureur, le professionnel de la santé responsable du dossier peut fournir des soins et des services additionnels, au besoin, pour le traitement de blessures d'un ou de plusieurs tissus mous qui :

- (a) sont le résultats du même accident qu'une entorse cervicale de stade II et requiert le même traitement;
- (b) ne sont pas reliés à une entorse cervicale de stade II avec ou sans mal de dos et symptômes connexes;
- (c) ne sont pas suffisamment graves pour exclure l'invalidité de la personne assurée du traitement prévu aux lignes directrices; et
- (d) peuvent être complètement traités par le fournisseur selon l'échéancier des lignes directrices.

L'invalidité traitée de même que les soins et les traitements doivent être précisés par le professionnel de la santé responsable du dossier sur le Formulaire de confirmation des traitements et le maximum des frais exigibles par l'assureur pour la prestation de ces soins et services fournis aux termes de cette section sont de 160 \$.

10. Traitement jugé insuffisant ou inadéquat

Si le professionnel de la santé responsable du dossier détermine qu'aux termes des lignes directrices, les traitements ne sont plus appropriés ou insuffisants parce qu'ils ne lui permettent pas de se rétablir, il peut donner son avis à l'assureur et à la personne assurée (en utilisant le formulaire de rapport de la situation pour un TAEC de stade I et II). Voici les possibilités qui sont offertes au professionnel de la santé responsable du dossier :

- (a) présenter un Plan de traitement;
- (b) ou présenter un Plan de traitement et procéder à un renvoi du cas au médecin de famille de la personne assurée ou à tout autre professionnel de la santé réglementé;
- (c) ou, avec l'approbation de l'assureur, prolonger le traitement prévu

aux lignes directrices pour un maximum de quatre visites en deux semaines après la prévue de la durée prévue du traitement et à un coût déterminé par l'assureur et le professionnel de la santé responsable du dossier;

- (d) ou procéder à un renvoi du cas au médecin de famille de la personne assurée ou à tout autre professionnel de la santé réglementé.

Pendant qu'on réfléchit à la décision ou au traitement à prendre, le professionnel de la santé responsable du dossier peut :

- (e) interrompre le traitement s'il est jugé inadéquat (ou devenu inutile);
- (f) ou poursuivre le traitement jusqu'à ce que le professionnel de la santé responsable du dossier prenne une décision sur les dispositions à prendre.

L'Annexe sur les indemnités d'accidents légaux stipule qu'un assureur a le droit de rejeter un Plan de traitement prévoyant des soins et traitements à être dispensés en même temps que la personne assurée reçoit des soins et traitements aux termes des lignes directrices et que cette décision de l'assureur n'est pas sujette à contestation.

Cependant, l'Annexe prévoit également que rien n'interdit à la personne assurée, tout en recevant des soins et traitements aux termes des lignes directrices, de présenter un Plan de traitement applicable à la période autre que celle prévue aux lignes directrices. Si l'assureur n'approuve pas le Plan de traitement dans le délai prescrit à l'Annexe, ce différend peut être soumis pour examen au Centre d'évaluation désigné.

11. Achèvement du traitement aux termes des lignes directrices

Une fois le traitement complété, le professionnel de la santé responsable du dossier préparera un rapport final expliquant les résultats des traitements pour la personne assurée.

Si une personne assurée choisit de mettre un terme aux traitements prévus, elle pourra seulement les reprendre à une date ultérieure dans la mesure où leur durée globale et le total de leurs frais ne dépassent pas les normes établies dans les lignes directrices.

Quand une personne assurée reçoit un traitement aux termes des lignes directrices, les options pour y mettre un terme sont les suivantes :

- i. Fermer le dossier et donné son congé à la personne assurée dans un délai de six semaines (le formulaire de fermeture de dossier et de bilan de la situation pour un TAEC de stade I et II complété par le professionnel de la santé responsable du dossier);
- ii. La condition de l'assuré s'améliore mais pas suffisamment à la fin du traitement (des traitements additionnels ou d'autres traitements non prévus aux lignes directrices dépendent de l'application du plan de traitement et du processus d'application de l'Annexe d'indemnités d'accidents légaux);
- iii. Cas non résolu (décision le plus tôt possible) et le professionnel de la santé responsable du dossier complète le formulaire de fermeture du dossier et de bilan de la situation pour un TAEC de stade I et II et donne son congé à la personne assurée;
- iv. La personne assurée a failli de manière déraisonnable à participer au traitement. On considère une personne non raisonnable quand elle ne se présente pas à au moins deux rendez-vous médicaux consécutifs ou quatre rendez-vous pour l'ensemble de ceux prévus au traitement, sans explication crédible. Le fournisseur est requis de compléter le Formulaire Donner congé à la personne assurée et présenter un bilan de situation pour un TAEC de stade I et II;
- v. La personne assurée retire son consentement.

12. Exigence en matière de rapport des professionnels de la santé responsables du dossier

Un professionnel de la santé responsable d'un dossier qui fournit un service à une personne assurée recevant des traitements en conformité avec les lignes directrices et qui visent au retour aux activités normales aux premières étapes et à une réduction du risque de chronicité. Pendant le traitement, il est tenu d'utiliser les mesures et les indicateurs adéquats pour évaluer les progrès vers l'atteinte de ces objectifs.

Aux fins du dossier de la progression des traitements en regard de l'application des lignes directrices à une personne assurée victime d'une invalidité admissible aux lignes directrices et pour contribuer à

l'évaluation globale des directives, le professionnel de la santé doit remplir le formulaire Fermer le dossier et donner son congé à l'assuré et faire un bilan de la situation pour un TAEC de stade I et II.

13. Remboursement du fournisseur

Un professionnel de la santé responsable du dossier qui fournit un traitement ou un soin à une personne assurée en conformité avec les lignes directrice doit soumettre un Formulaire de confirmation de traitement au plus tard dans les cinq jours ouvrables après avoir rencontré la personne assurée.

L'Annexe sur les indemnités d'accidents légaux prévoit que l'assureur doit confirmer le plus tôt possible ou au plus tard dans les cinq jours ouvrables après avoir reçu le Formulaire de confirmation de traitement au professionnel de la santé responsable du dossier que la police d'assurance mentionnée dans le Formulaire de confirmation de traitement était en vigueur à la date de l'accident. L'assureur peut refuser de payer le professionnel de la santé en raison de question de couverture et d'exclusions à l'Annexe sur les indemnités d'accidents légaux.

Le paiement au professionnel de la santé suivra la réception du Formulaire de confirmation de traitement, une demande d'indemnité d'accident et une facture d'assurance automobile standard (version C). L'assureur n'est pas tenu de verser un paiement tant qu'il n'a reçu une demande d'indemnisation d'accident.

Dans le cas d'une facture finale, l'assureur versera un paiement après la réception du Formulaire Donner congé à la personne assurée et présenter un bilan de situation pour un TAEC de stade I et II et de la facture d'assurance automobile standard (version C).

Quand on fournit à une personne assurée et protégée par les présentes directives un service de radiographie dispensé par un chiropraticien agissant à titre de professionnel de la santé responsable du dossier, le service est payable sans l'approbation préalable de l'assureur et est assujéti à l'échéancier de remboursement décrit à l'Annexe D des lignes directrices.

14. Contenu des Annexes

L'Annexe A présente le calendrier de remboursement sous forme de tableau.

L'Annexe B donne un aperçu de l'ensemble des traitements que recevra la personne assurée dont l'invalidité est couverte par les lignes directrices. Les fournisseurs fourniront une version personnalisée de ces traitements découlant de ces directives pour les besoins de chaque personne assurée.

L'Annexe C établit quels seront les soins et les traitements que les assureurs seront tenus de financer en vertu des présentes lignes directrices pour toute personne assurée dont l'invalidité est couverte par les lignes directrices.

L'Annexe D présente l'échéancier de paiement pour les radiographies aux termes des lignes directrices pour toute personne assurée dont l'invalidité est couverte par les lignes directrices. Tout autre traitement de radiographie est sujet à l'approbation de l'assureur.

L'Annexe E comprend le dépliant d'information intitulé *L'entorse cervicale : les faits*.

Annexe A - Calendrier de remboursement TAEC de stade II

Les fournisseurs de services de santé devraient recevoir les remboursements suivants pour le traitement des personnes assurées dont l'invalidité est couverte par les lignes directrices. Les honoraires sont payables quand la personne assurée a reçu tout traitement dans la semaine incluant où le traitement a été interrompu.

1 ^{re} semaine	240 \$
2 ^e et 3 ^e semaines	532 \$
Congé à la fin de la 3 ^e semaine et contrôle	160 \$
Semaines 4, 5 et 6	408 \$

Évaluation finale et production de rapport	80 \$
Soins et traitements additionnels	160 \$
Droits de transfert/professionnel de la santé responsable du dossier	48 \$

Annexe B - Ensemble de traitements pour entorse cervicale de stade II

Semaines 1 à 3	Soins et traitements
<p><i>Visite initiale/ 1^{re} semaine :</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Visite initiale et jusqu'à trois séances. Effectuer évaluation, y compris les antécédents familiaux et l'examen physique y les radiographies (sous réserve de l'Annexe D des lignes directrices) pour déterminer l'inclusion des critères dans les lignes directrices, le lien des plaintes avec l'accident, la nécessité des soins et traitement recommandés, s'il y a lieu, et l'identification de toute entrave potentielle pour le rétablissement • Remplir le Formulaire de confirmation du traitement • Remettre la brochure intitulée « L'entorse verticale : les faits » • Gérer la douleur, au besoin (cette étape peut comprendre la consultation d'un médecin pour obtenir des médicaments d'ordonnance) • Prévoir des exercices légers à la maison afin d'améliorer l'amplitude articulaire • Amorcer la manipulation et la mobilisation, s'il y a lieu, afin d'améliorer les fonctions • Faire le pronostic et évaluer si une ANLI est nécessaire
<p><i>Visites dans les 2^e et 3^e semaines :</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir 2 à 4 séances de traitements/ surveillance par semaine prévues pour cette période • Fournir des avis et du réconfort pour encourager le retour aux activités habituelles
<p><i>Remarques pour les fournisseurs de service à la fin de la 3^e semaine</i></p> <p>Si l'entorse cervicale est en voie de guérison mais que d'autres soins et traitements sont nécessaires :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir des conseils et du réconfort pour encourager le retour aux activités normales aussitôt que possible • Gérer la douleur, au besoin • Prescrire des exercices légers à la maison et, au besoin, des exercices légers supervisés • Utiliser la manipulation et la mobilisation et les thérapies physiques, s'il y a lieu, dans le cadre d'une stratégie qui fait la promotion de l'activité physique et du retour à la mobilité
<p><i>Remarques pour les fournisseurs à la fin de la 3^e semaine</i></p> <p>Si l'entorse cervicale de stade II ne s'améliore pas :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réévaluer • Évaluer si une ANLI est nécessaire
<p><i>Remarques pour les fournisseurs à la fin de la 3^e semaine</i></p> <p>Si on prévoit que l'entorse cervicale de stade II guérira sans autre intervention :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Obtenir l'interruption des traitements, fournir des conseils et du réconfort et compléter le formulaire Donner congé au patient • Surveiller la personne assurée

Si le congé est donné au cours de la 2^e ou 3^e semaine ou à la fin de la 3^e semaine :

- Obtenir l'interruption des traitements, fournir des conseils et du réconfort et compléter le formulaire Donner congé au patient et présenter un bilan de situation
- Surveiller la personne assurée

4^e, 5^e et 6^e semaines

- À 21 jours ou autour de cette période, évaluer le progrès et le plan pour les 21 prochains jours
- De 1 à 3 traitements prévus par semaine dans ce groupe

Remarques pour les fournisseurs de services entre la 4^e et la 6^e semaine

- Donner son sans autre traitement et fournir conseils et réconfort
- Surveiller

Si on prévoit que l'entorse cervicale de stade II guérira sans autre intervention :

Remarques pour les fournisseurs de services des 4^e à la 6^e semaine :

- Fournir conseils et réconfort pour encourager le retour à des activités habituelles
- Gérer la douleur au besoin
- Prescrire des exercices légers à la maison et, au besoin, des exercices légers supervisés
- Utiliser la manipulation et la mobilisation et les thérapies physiques, s'il y a lieu, dans le cadre d'une stratégie qui fait la promotion de l'activité physique et du retour à la mobilité

Si on prévoit que l'entorse cervicale de stade II guérira d'ici la fin des traitements aux termes des lignes directrices :

- Informer l'assureur, y compris de la présence de toute entrave au rétablissement
- Fournir des conseils et du réconfort pour encourager le retour aux activités normales
- Gérer la douleur au besoin
- Prescrire des exercices légers à la maison
- Envisager une manipulation et une mobilisation plus intensives et des thérapies physiques dans le cadre d'une stratégie qui fait la promotion de l'activité physique et du retour à la mobilité
- Évaluer si une ANLI est nécessaire
- Envisager de l'exercice supervisé et un programme de conditionnement
- Envisager de demander à l'assureur une prolongation du traitement prévu pour un maximum de quatre visites en deux semaines ou, si un traitement supplémentaire est nécessaire, soumettre un Plan de traitement à l'assureur

Si l'entorse cervicale n'est pas guérie ou ne s'améliore pas

- Informer l'assureur et le professionnel de la santé responsable du dossier de la personne assurée
- Procéder à une réévaluation
- Présenter un Plan de traitement ou référer la personne assurée à un professionnel de la santé réglementé

6^e et dernière semaine

- Évaluation finale et rapport à l'assureur et à la personne assurée

- Utiliser des oreillers cervicaux;
- Conseiller l'inactivité ou le repos au lit;
- Injecter un anesthésique, de l'eau stérile ou des stéroïdes pour le cou;
- Porter un collier souple pour plus de 2 jours;
- Effectuer des pulvérisation locale et des étirements; et
- Porter un collier magnétique.

Note : Les modalités passives auxiliaires (neurostimulation transcutanée, ultrasons, massages, applications chaudes ou froides, brèves siestes) sont incluses dans le financement lorsqu'elles font partie de la stratégie de promotion de l'activation et du retour à la mobilité.

Annexe D - Calendrier de remboursement des radiographies

Les services de radiographie pour les personnes assurées dont l'invalidité est couverte par les lignes directrices sont remboursables dans les circonstances suivantes :

- Les services de radiographie énumérés dans la liste ci-dessous ne nécessitent aucune approbation de la part de l'assureur mais les honoraires ne doivent pas excéder ceux inscrits au tableau ci-dessous. Tout autre service de radiographie nécessite l'approbation de l'assureur et du Groupe de règlement des différends.
- Aucune autre radiographie comparable n'a été prise par un autre professionnel de la santé ou dans une autre institution depuis l'accident.
- Tout financement disponible au RASO ou chez une compagnie auxiliaire est utilisée avant de facturer l'assureur automobile.
- La personne assurée affiche une ou plusieurs des caractéristiques suivantes :
 - Le patient soupçonne une blessure aux os;
 - Le patient soupçonne des changements dégénératifs, une instabilité ou d'autres conditions suffisamment graves pour qu'il soit nécessaire d'écarter les contre-indications possibles pour une ou plusieurs interventions;
 - Le patient soupçonne une polyarthrite rhumatoïde
 - Le patient soupçonne une ostéoporose; et
 - Antécédents de cancer.

Description	CCI		Honoraires maximum (\$)
	Code	Attribut	
<i>Colonne cervicale</i>			
2 ou moins	3.SC.10	CXA	35,20 \$
3 ou 4	3.SC.10	CXB	42,00 \$
5 ou 6	3.SC.10	CXC	48,00 \$
plus de 6	3.SC.10	CXD	56,64 \$
<i>Colonne thoracique</i>			
2 ou moins	3.SC.10	THA	32,85 \$
3 ou 4	3.SC.10	THB	43,23 \$
<i>Colonne lombaire et ceinture lombaire</i>			
2 ou moins	3.SC.10	LBA ou LSA	35,20 \$
3 ou 4	3.SC.10	LBB ou LSB	42,00 \$
5 ou 6	3.SC.10	LBC ou LSC	48,00 \$
Plus de 6	3.SC.10	LBD ou LSD	55,86 \$

Annexe E - L'entorse cervicale : les faits

L'entorse cervicale : les faits - stade I et II

Les personnes blessées lors d'accidents automobiles connaissent parfois une tension aux muscles du cou et aux tissus mous environnants, désignée communément comme une entorse cervicale. Cette blessure est fréquente lorsqu'un véhicule est percuté à l'arrière ou de côté, ce qui crée un mouvement brusque et important de la tête et du cou. L'entorse

Annexe C - Soins et traitements non couverts pas les lignes directrices

Aux termes des présentes lignes directrices, un assureur n'est pas tenu de payer les soins ou les traitements suivants administrés à une personne assurée dont l'invalidité est comprise dans les présentes lignes directrices :

cervicale peut provoquer une sensibilité des muscles (stade I) ou une limitation des mouvements du cou (stade II). Ce type de blessure est généralement temporaire et la plupart des gens qui en souffrent connaissent un rétablissement complet. Si vous avez souffert d'une entorse cervicale, le fait d'en savoir plus sur cet état peut vous aider à vous impliquer dans votre propre rétablissement. Ce dépliant résume le fruit des recherches scientifiques actuelles sur les entorses cervicales de stade I et II.

Pour comprendre l'entorse cervicale

- La plupart des entorses cervicales ne sont pas des blessures graves et guérissent complètement.
- Les signes d'une blessure cervicale grave, comme une fracture, sont généralement évidents lors des premières évaluations. Les professionnels de la santé qui ont été formés pour traiter les entorses cervicales sont attentifs à ces signes.
- La douleur, la raideur et d'autres symptômes d'entorse cervicale de stade I ou II apparaissent en général en 2 jours suivant le moment de l'accident. Une apparition plus tardive des symptômes n'est pas un signe de blessure plus grave.
- De nombreuses personnes souffrant d'entorse cervicale continuent leurs activités habituelles sans connaître de dérangement. Les personnes qui subissent de tels dérangements connaissent généralement une amélioration après quelques jours ou quelques semaines et reviennent sans danger à leurs activités quotidiennes.
- Tout comme la douleur et la raideur d'une entorse à la cheville peuvent persister, une entorse cervicale peut aussi laisser une douleur, une raideur ou une sensibilité pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines. Bien que certains patients connaissent une guérison rapide, les symptômes peuvent persister pendant une longue période de temps. Dans la plupart des cas d'entorse cervicale de stade I et II, ces symptômes diminuent graduellement avec le retour à l'activité normale.

L'Entorse cervicale et les activités quotidiennes

- Le fait de poursuivre une activité normale est très important pour le rétablissement.
- Un repos prolongé pendant plus d'un jour ou deux ne contribue généralement pas à la guérison et peut même prolonger la douleur et l'invalidité. Pour les entorses cervicales, il semblerait que « le repos fait rouiller ».
- Les muscles blessés peuvent devenir raides et faibles lorsqu'ils ne sont pas utilisés. Ceci peut augmenter la douleur et retarder le rétablissement.
- Un retour aux activités habituelles peut être facilité par un traitement actif et des exercices.
- Les collets cervicaux ou « supports cervicaux » empêchent le mouvement et peuvent augmenter la raideur et la douleur. Ces appareils ne sont généralement pas recommandés puisqu'ils n'ont fait preuve que de peu ou pas d'efficacité.
- Le retour à l'activité conserve la santé des tissus mous et maintient leur flexibilité, ce qui accélère le rétablissement. L'exercice physique libère également des agents chimiques du corps qui aident à réduire la douleur d'une façon naturelle.
- Afin de prévenir le développement de douleurs chroniques, il est important de commencer à bouger dès que possible.

Conseils pour le retour à l'activité

- Évitez de demeurer en position assise pendant des périodes prolongées sans changer de position.
- Levez-vous et étirez-vous périodiquement.
- À votre poste de travail, assurez-vous de manière à ce que la partie supérieure de vos bras soit près de votre corps et votre dos et vos pieds soient bien soutenus.
- Ajustez le siège de votre voiture lorsque vous conduisez, de manière à ce que vos genoux et vos coudes soient légèrement pliés.
- Lorsque vous faites des emplettes ou lorsque vous transportez des objets, utilisez un chariot ou tenez les objets près de votre corps pour un meilleur soutien.
- Lors des quelques premières semaines, évitez les sports de contact ou les exercices vigoureux afin d'éviter de vous blesser à nouveau. Demandez à votre professionnel de la santé de vous conseiller d'autres activités sportives ou récréatives.

- Assurez-vous que le lit où vous dormez est confortable. L'oreiller doit être ajusté de manière à soutenir le cou à une hauteur confortable.

Traitement des entorses cervicales

- Les études indiquent qu'un traitement efficace des entorses cervicales nécessite la coopération du patient et des efforts actifs de retour aux activités quotidiennes.
- Un professionnel de la santé en charge de votre traitement évaluera votre blessure et discutera avec vous des possibilités de traitement et de gestion de la douleur.
- Bien qu'en général aucun médicament sous ordonnance n'est nécessaire, l'usage provisoire de médicaments légers disponibles en vente libre peut vous être suggéré en plus d'un traitement à la glace ou à la chaleur.
- Le professionnel de la santé en charge de votre traitement peut recommander un traitement de physiothérapie approprié.

Pour éviter les douleurs chroniques

- Certaines personnes atteintes d'une entorse cervicale hésitent à reprendre leurs activités, craignant que l'état de la blessure n'empire. La douleur ou la sensibilité peut les pousser à surestimer l'importance des dommages physiques.
- Si votre professionnel de la santé conseille un retour à l'activité, acceptez ce conseil et mettez-le en application.
- Demeurez en contact avec votre famille, vos amis et vos collègues. Le retrait social peut contribuer à la dépression et au développement de douleurs chroniques.
- Si la quête de votre rétablissement vous décourage ou vous déprime, parlez-en à votre professionnel de la santé.
- Concentrez-vous sur la poursuite de votre vie plutôt que sur votre blessure!

Pour Prévenir une nouvelle blessure

- Un bon ajustement de la hauteur de l'appuie-tête de votre siège de voiture aidera à prévenir les blessures associées au coup de fouet cervical survenant lors d'un accident. Pour un ajustement optimal, le sommet de la tête doit être aligné avec le haut de l'appuie-tête et il ne doit pas y avoir plus de 2 à 5 cm de distance entre l'arrière de la tête et l'appuie-tête.

Ce dépliant fournit des renseignements généraux sur les entorses cervicales. Ce dépliant ne remplace pas les conseils qualifiés d'un professionnel de la santé qui peut évaluer correctement les blessures associées au coup de fouet cervical et recommander un traitement.

Ces renseignements résument les dernières recherches scientifiques disponibles sur l'entorse cervicale et ont été entérinés par les groupes suivants :

Bureau d'assurance du Canada (BAC)
 Association chiropratique de l'Ontario (OCA)
 Ontario Massage Therapist Association (OMTA)
 Ontario Physiotherapy Association (OPA)
 Ontario Society of Occupational Therapists (OSOT)

(6887) 39

Ministry of the Attorney General Ministère du Procureur général

RULES OF CIVIL PROCEDURE

Rules 53.09(1) and (2), as amended by section 16 of *O.Reg.288/99*, section 2 of *O.Reg. 488/99* and section 4 of *O.Reg.263/03*

CALCULATION OF AWARDS FOR FUTURE PECUNIARY DAMAGES: TRIALS COMMENCING AFTER January 1, 2004

The Ministry of the Attorney General publishes discount and gross up rates annually to facilitate the calculation of future pecuniary damage

awards. **Note:** Effective January 17, 2003 the Bank of Canada changed the identifier numbers of the Bonds' Series set out in the rule that are used to establish the discount and gross up rates. Series #B113911 changed to Series #V121808 and Series #B113867 changed to Series #V121758.

For trials commencing after January 1, 2004, the following rates apply:

DISCOUNT RATE

The discount rate to be used in determining future pecuniary damages for the 15 year period following the start of the trial is **2.25%**

The rate for any later period covered by the award is **2.5%**

GROSS UP RATE

The gross up rate to be used to determine future inflation for the first 15 year period following the start of the trial is **3%**

The rate for any later period covered by the award is **2.75%**

Dated 17 September, 2003

Director
Corporate Planning Branch
Court Services Division
Ministry of the Attorney General

RÈGLES DE PROCÉDURE CIVILE

Les *paragraphes 53.09(1) et (2)*, tels qu'ils sont modifiés par l'article 16 du *Règlement de l'Ont. 288/99*, l'article 2 du *Règlement de l'Ont. 488/99* et l'article 4 du *Règlement de l'Ont. 263/03*

CALCUL DES INDEMNITÉS ADJUGÉES POUR PERTES PÉCUNIAIRES FUTURES : PROCÈS COMMENÇANT APRÈS le 1^{er} janvier 2004

Le ministère du Procureur général publie les taux d'escompte et de majoration annuellement afin de faciliter le calcul des indemnités pour dommages-intérêts pécuniaires futurs. **Note :** le 17 janvier 2003, la Banque du Canada a changé les numéros d'identification des émissions d'obligations prévues dans la règle et utilisées pour établir les taux d'escompte et de majoration. L'émission B113911 est devenue l'émission V121808 et l'émission B113867 est devenue l'émission V121758.

Taux à appliquer aux actions pour lesquelles le procès commence après le 1^{er} janvier 2004 :

TAUX D'ESCOMPTE

Le taux d'escompte applicable au calcul du montant d'une indemnité pour pertes pécuniaires futures pendant la période de 15 ans qui suit le début du procès est de **2,25 %**

Le taux applicable pendant toute période ultérieure visée par l'indemnité est de **2,5%**

TAUX DE MAJORATION

Le taux de majoration applicable pour déterminer le taux d'inflation future pour la première période de 15 ans suivant le début du procès est de **3%**

Le taux applicable pendant toute période ultérieure visée par l'indemnité est de **2,75%**

Fait le 17 septembre, 2003

Le directeur
Direction de la planification
ministérielle
Division des services aux tribunaux
Ministère du Procureur général

(6888) 39

Applications to Provincial Parliament — Private Bills Demandes au Parlement provincial — Projets de loi d'intérêt privé

PUBLIC NOTICE

The rules of procedure and the fees and costs related to applications for Private Bills are set out in the Standing Orders of the Legislative Assembly. Copies of the Standing Orders, and the guide "Procedures for Applying for Private Legislation", may be obtained from the Legislative Assembly's Internet site at <http://www.ontla.on.ca> or from:

Committees Branch
Room 1405, Whitney Block, Queen's Park
Toronto, Ontario M7A 1A2

Telephone: 416/325-3500 (Collect calls will be accepted.)

Applicants should note that consideration of applications for Private Bills that are received after the first day of September in any calendar year may be postponed until the first regular Session in the next following calendar year.

(8699) T.F.N. CLAUDE L. DESROSIERS,
Clerk of the Legislative Assembly.

Sheriff's Sales of Lands Ventes de terrains par le shérif

UNDER AND BY VIRTUE OF a Writ of Seizure and Sale issued out of the Superior Court of Justice at Sarnia, Ontario dated October 9, 1997, Court File Number 97-700, to me directed, against the real and personal property of ADRIAN HUMPHREYS Defendant, at the suit of ANDREW SPENCE and JOHANNAE SPENCE, Plaintiffs, I have seized and taken in execution all the right, title, interest and equity of redemption of ADRIAN HUMPHREYS, Defendant in and to:

Lot Number 3 and the West half of Lot Number 2 on the South side of London Road, Registered Plan Number 27, City of Sarnia, County of Lambton; and Easterly 32½' in perpendicular width of Lot 26, on the north side of Penrose Street, and westerly 25' in perpendicular width of Lot 27, on the north side of Penrose Street, Plan 14, City of Sarnia, County of Lambton.

All of which said right, title, interest and equity of redemption of ADRIAN HUMPHREYS, Defendant, in the said lands and tenements described above, I shall offer for sale by Public Auction subject to the conditions set out below at, Sarnia Court House, 700 N. Christina St., Sarnia, Ont., on Friday, November 7, 2003 at 2:00 p.m.

CONDITIONS:

The purchaser to assume responsibility for all mortgages, charges, liens, outstanding taxes, and other encumbrances. No representation is made regarding the title of the land or any other matter relating to the interest to be sold. Responsibility for ascertaining these matters rests with the potential purchaser(s).

TERMS: Deposit 10% of bid price or \$1,000.00, whichever is greater

- Payable at time of sale by successful bidder
- To be applied to purchase price
- Non-refundable

Ten business days from date of sale to arrange financing and pay balance in full at the Enforcement Office, County of Lambton, 107-700 N. Christina St. Sarnia, Ont.

All payments in cash or certified cheque made payable to the Minister of Finance

Deed Poll provided by Sheriff only upon satisfactory payment in full of purchase price

Other conditions as announced

This sale is subject to cancellation by the sheriff without further notice up to time of sale.

NOTE: No employee of the Ministry of the Attorney General may purchase any goods or chattels, lands or tenements exposed for sale by a Sheriff under legal process, either directly or indirectly.

Date: September 18, 2003.

ERIN L. SEARCY
Sheriff
107-700 N. Christina St.
Sarnia, Ont. N7V 3C2

(4456) 39

UNDER AND BY VIRTUE OF a Writ of Seizure and Sale issued out of the Federal Court – Trial Division, Ottawa, ITA-4332-01, dated April 27, 2001, and ITA-3664-95, dated April 2, 2001, to me directed, against the real and personal property of PETER RAVEALA Defendant(s), at the suit of THE QUEEN, Plaintiff(s), I have seized and taken in execution all the right, title, interest and equity of redemption of PETER RAVEALA Defendant(s) in and to:

ALL AND SINGULAR that certain parcel or tract of land and premises situated, lying and being in the City of Toronto and being composed of Part Lot 70, Plan 2441, City of Scarborough, Municipality of Metropolitan Toronto, known as 30 Minnacote Avenue, Scarborough, Ontario, M1E 4B3.

All of which said right, title, interest and equity of redemption of PETER RAVEALA Defendant, in the said lands and tenements described above, I shall offer for sale by Public Auction subject to the conditions set out below at, Room 424, Writs Office, 40 Dundas Street West, Toronto, Ontario, on Tuesday, October 28, 2003 at 11:00 a.m. (Registration 9:00 a.m.–10:30 a.m.).

CONDITIONS:

The purchaser to assume responsibility for all mortgages, charges, liens, outstanding taxes, and other encumbrances. No representation is made regarding the title of the land or any other matter relating to the interest to be sold. Responsibility for ascertaining these matters rests with the potential purchaser(s).

TERMS: Deposit 10% of bid price or \$2,000.00, whichever is greater

- Payable at time of sale by successful bidder
- To be applied to purchase price
- Non-refundable

Ten business days from date of sale to arrange financing and pay balance in full at 40 Dundas St. W., Room 424, Toronto, Ontario.
All payments in cash or certified cheque made payable to the Minister of Finance
Deed Poll provided by Sheriff only upon satisfactory payment in full of purchase price
Other conditions as announced

This sale is subject to cancellation by the sheriff without further notice up to time of sale.

NOTE: No employee of the Ministry of the Attorney General may purchase any goods or chattels, lands or tenements exposed for sale by a Sheriff under legal process, either directly or indirectly.

Date: September 3, 2003.

MICHAEL MACLEAN
Enforcement Office
40 Dundas Street West, Room 424
Toronto, Ontario M5G 2C2

(4458) 39

UNDER AND BY VIRTUE OF a Writ of Seizure and Sale issued out of Toronto Small Claims Court dated December 13, 2001, Court File No. T50216/01, to me directed, against the real and personal property of PAUL SMALES also known as PAUL D. SMALES Defendant, at the suit of BANK OF MONTREAL, Plaintiff(s), I have seized and taken in execution all the right, title, interest and equity of redemption of PAUL D. SMALES Defendant in and to:

ALL AND SINGULAR that certain parcel or tract of land and premises situated, lying and being in the City of Toronto and being

composed of Lot 151, Plan 4503, City of Toronto (formerly City of North York), Instrument No.: 673393, North York, Municipally known as 43 Whitburn Crescent, North York, Ontario M3M 2S3.

All of which said right, title, interest and equity of redemption of PAUL D. SMALES Defendant, in the said lands and tenements described above, I shall offer for sale by Public Auction subject to the conditions set out below at, Room 424, Writs Office, 40 Dundas Street West, Toronto, Ontario, on Tuesday, October 28, 2003 at 11:00 a.m. (Registration 9:00 a.m.–10:30 a.m.).

CONDITIONS:

The purchaser to assume responsibility for all mortgages, charges, liens, outstanding taxes, and other encumbrances. No representation is made regarding the title of the land or any other matter relating to the interest to be sold. Responsibility for ascertaining these matters rests with the potential purchaser(s).

TERMS: Deposit 10% of bid price or \$2,000.00, whichever is greater

- Payable at time of sale by successful bidder
- To be applied to purchase price
- Non-refundable

Ten business days from date of sale to arrange financing and pay balance in full at 40 Dundas St. W., Room 424, Toronto, Ontario.
All payments in cash or certified cheque made payable to the Minister of Finance
Deed Poll provided by Sheriff only upon satisfactory payment in full of purchase price
Other conditions as announced

This sale is subject to cancellation by the sheriff without further notice up to time of sale.

NOTE: No employee of the Ministry of the Attorney General may purchase any goods or chattels, lands or tenements exposed for sale by a Sheriff under legal process, either directly or indirectly.

Date: September 15, 2003.

MICHAEL MACLEAN
Enforcement Office
40 Dundas Street West, Room 424
Toronto, Ontario M5G 2C2

(4459) 39

UNDER AND BY VIRTUE OF a Writ of Seizure and Sale issued out of the Superior Court of Justice, Toronto, dated January 30, 2003, Court File NO. 96-CU-107751A, to me directed, against the real and personal property of A. KRISTIN SCYTHES Defendant(s), at the suit of GERALD D. BURLINGTON, Plaintiff(s), I have seized and taken in execution all the right, title, interest and equity of redemption of A. KRISTIN SCYTHES Defendant(s) in and to:

ALL AND SINGULAR that certain parcel or tract of land and premises situated, lying and being in the City of Toronto and being Part Lot 156, Plan 1788, City of Toronto, known as 18 Thurston Road, Toronto, Ontario M4S 2V7.

All of which said right, title, interest and equity of redemption of A. KRISTIN SCYTHES Defendant, in the said lands and tenements described above, I shall offer for sale by Public Auction subject to the conditions set out below at, Room 424, Writs Office, 40 Dundas Street West, Toronto, Ontario, on Tuesday, October 28, 2003 at 11:00 a.m. (Registration 9:00 a.m.–10:30 a.m.).

CONDITIONS:

The purchaser to assume responsibility for all mortgages, charges, liens, outstanding taxes, and other encumbrances. No representation is made regarding the title of the land or any other matter relating to the interest to be sold. Responsibility for ascertaining these matters rests with the potential purchaser(s).

TERMS: Deposit 10% of bid price or \$2,000.00, whichever is greater

- Payable at time of sale by successful bidder
- To be applied to purchase price
- Non-refundable

Ten business days from date of sale to arrange financing and pay balance in full at 40 Dundas St. W., Room 424, Toronto, Ontario.

All payments in cash or certified cheque made payable to the Minister of Finance

Deed Poll provided by Sheriff only upon satisfactory payment in full of purchase price

Other conditions as announced

This sale is subject to cancellation by the sheriff without further notice up to time of sale.

NOTE: No employee of the Ministry of the Attorney General may purchase any goods or chattels, lands or tenements exposed for sale by a Sheriff under legal process, either directly or indirectly.

Date: September 3, 2003.

MICHAEL MACLEAN
Enforcement Office
40 Dundas Street West, Room 424
Toronto, Ontario M5G 2C2

(4460) 39

UNDER AND BY VIRTUE OF a Writ of Seizure and Sale issued out of Superior Court of Justice, Milton dated January 24, 2003, Court File No. C19822/98, to me directed, against the real and personal property of PAVAO NECAK Defendant, at the suit of MILAN NECAK Plaintiff(s), I have seized and taken in execution all the right, title, interest and equity of redemption of PAVAO NECAK Defendant in and to:

ALL AND SINGULAR that certain parcel or tract of land and premises situated, lying and being in the City of Toronto and being composed of Unit 5, Level 19, York Condominium Plan No. 111, City of North York, Municipality of Metropolitan Toronto and its appurtenant common interests. Land Titles Division of Metropolitan Toronto (No. 66), Municipally known as 10 Sunny Glenway, Apt. #2008, North York, Ontario M3C 2Z3.

All of which said right, title, interest and equity of redemption of PAVAO NECAK Defendant, in the said lands and tenements described above, I shall offer for sale by Public Auction subject to the conditions set out below at, Room 424, Writs Office, 40 Dundas Street West, Toronto, Ontario, on Tuesday, October 28, 2003 at 11:00 a.m. (Registration 9:00 a.m.–10:30 a.m.).

CONDITIONS:

The purchaser to assume responsibility for all mortgages, charges, liens, outstanding taxes, and other encumbrances. No representation is made regarding the title of the land or any other matter relating to the interest to be sold. Responsibility for ascertaining these matters rests with the potential purchaser(s).

TERMS: Deposit 10% of bid price or \$2,000.00, whichever is greater

- Payable at time of sale by successful bidder

- To be applied to purchase price

- Non-refundable

Ten business days from date of sale to arrange financing and pay balance in full at 40 Dundas St. W., Room 424, Toronto, Ontario.

All payments in cash or certified cheque made payable to the Minister of Finance

Deed Poll provided by Sheriff only upon satisfactory payment in full of purchase price

Other conditions as announced

This sale is subject to cancellation by the sheriff without further notice up to time of sale.

NOTE: No employee of the Ministry of the Attorney General may purchase any goods or chattels, lands or tenements exposed for sale by a Sheriff under legal process, either directly or indirectly.

Date: September 3, 2003.

MICHAEL MACLEAN
Enforcement Office
40 Dundas Street West, Room 424
Toronto, Ontario M5G 2C2

(4461) 39

UNDER AND BY VIRTUE OF a Writ of Seizure and Sale issued out of Toronto Small Claims Court, dated October 11, 2001, Court File No. T37743/01 and T37745/01, to me directed, against the real and personal property of XIN GUANG WANG Defendant, at the suit of SONG XIN YANG, Plaintiff(s), I have seized and taken in execution all the right, title, interest and equity of redemption of XIN GUANG WANG Defendant in and to:

ALL AND SINGULAR that certain parcel or tract of land and premises situated, lying and being in the City of Toronto and being composed of Unit 2, Level 10, Unit 104, Level A, Metropolitan Toronto Condominium Plan No. 733, Land Titles Division of Metropolitan Toronto (No. 66), and their appurtenant common interests City of Toronto, Municipally known as 10 Kenneth Avenue, suite #1002, North York, Ontario M2N 6K6.

All of which said right, title, interest and equity of redemption of XIN GUANG WANG Defendant, in the said lands and tenements described above, I shall offer for sale by Public Auction subject to the conditions set out below at, Room 424, Writs Office, 40 Dundas Street West, Toronto, Ontario, on Tuesday, October 28, 2003 at 11:00 a.m. (Registration 9:00 a.m.–10:30 a.m.).

CONDITIONS:

The purchaser to assume responsibility for all mortgages, charges, liens, outstanding taxes, and other encumbrances. No representation is made regarding the title of the land or any other matter relating to the interest to be sold. Responsibility for ascertaining these matters rests with the potential purchaser(s).

TERMS: Deposit 10% of bid price or \$2,000.00, whichever is greater

- Payable at time of sale by successful bidder

- To be applied to purchase price

- Non-refundable

Ten business days from date of sale to arrange financing and pay balance in full at 40 Dundas St. W., Room 424, Toronto, Ontario.

All payments in cash or certified cheque made payable to the Minister of Finance

Deed Poll provided by Sheriff only upon satisfactory payment in full of purchase price

Other conditions as announced

This sale is subject to cancellation by the sheriff without further notice up to time of sale.

NOTE: No employee of the Ministry of the Attorney General may purchase any goods or chattels, lands or tenements exposed for sale by a Sheriff under legal process, either directly or indirectly.

Date: September 3, 2003.

MICHAEL MACLEAN
Enforcement Office
40 Dundas Street West, Room 424
Toronto, Ontario M5G 2C2

(4462) 39

**Sales of Lands for Tax Arrears
by Public Tender
Ventes de terrains par appel d'offres
pour arriéré d'impôt**

Municipal Act, 2001

SALE OF LAND BY PUBLIC TENDER

**THE CORPORATION OF THE TOWNSHIP OF
MCMURRICH/MONTEITH**

TAKE NOTICE that tenders are invited for the purchase of the land(s) described below and will be received until 3:00 p.m. local time on November 3, 2003, at 31 William St. Box 70, Sprucedale, ON P0A 1Y0.

The tenders will then be opened in public on the same day at 3:00 p.m. McMurrich/Monteith Twp. Office, 31 William Street, Box 70, Sprucedale, ON P0A 1Y0.

Description of Land: Concession 12, Part Lot 16, RP 42R9316, Part 4 (one acre), Township of McMurrich, now the Township of McMurrich/Monteith, District of Parry Sound.
Minimum Tender Amount: \$1,385.31
(Set out the cancellation price as of the first day of advertising)

Description of Land: Concession 12, Part Lot 16, Instrument 145050 (1 and ½ acres), Township of McMurrich, now the Township of McMurrich/Monteith, District of Parry Sound.
Minimum Tender Amount: \$1,545.96
(Set out the cancellation price as of the first day of advertising)

Description of Land: Concession 5, Part Lot 9, (East ½) PCL 6602 S/S (50 acres.), now the Township of McMurrich/Monteith, District of Parry Sound.
Minimum Tender Amount: \$1,372.59
(Set out the cancellation price as of the first day of advertising)

Tenders must be submitted in the prescribed form and must be accompanied by a deposit in the form of a money order or of a bank draft or cheque certified by a bank or trust corporation payable to the municipality (or board) and representing at least 20 per cent of the tender amount.

Except as follows, the municipality makes no representation regarding the title to or any other matters relating to the land to be sold. Responsibility for ascertaining these matters rests with the potential purchasers.

This sale is governed by the *Municipal Act, 2001* and the Municipal Tax Sales Rules made under that Act. The successful purchaser will be required to pay the amount tendered plus accumulated taxes and the relevant land transfer tax.

The municipality has no obligation to provide vacant possession to the successful purchaser.

For further information regarding this sale and a copy of the prescribed form of tender, contact:

(4453) 39 Clerk/Treasurer
Township of McMurrich/Monteith
31 William Street, P.O. Box 70
Sprucedale, ON P0A 1Y0

Municipal Act, 2001

SALE OF LANDS BY PUBLIC TENDER

THE MUNICIPALITY OF MARMORA LAKE

TAKE NOTICE that tenders are invited for the purchase of the land(s) described below and will be received until 3:00 p.m. local time on October 20, 2003, at the Municipal Office, Marmora Town Hall, 12 Bursthall Street, Box 459, Marmora, Ontario K0K 2M0.

The tenders will then be opened in public on the same day at 3:05 p.m.

In the Township of Marmora, now in the Municipality of Marmora and Lake, County of Hastings:

Description of Land: 1. Part of the East ½ of Lot 8, Concession 3, being Part 29, 21R-1854, together with rights-of-way over parts of Lot 8, Concession 3, as parts 9 and 68, 21R-1854, and Part of Lots 7 and 8, Concession 3, as part 30, 21R-1854;
Minimum Tender Amount: \$8,421.38
(Set out the cancellation price as of the first day of advertising)

Description of Land: 2. Part of the East ½ of Lot 7, Concession 3, being Part 65, 21R-1854, together with Rights of Way over parts of Lot 8, Concession 3, shown as Parts 9 and 68 on Plan 21R-1854, and over parts of lots 7 and 8, Concession 3, as part 30, 21R-1854;
Minimum Tender Amount: \$3,757.14
(Set out the cancellation price as of the first day of advertising)

Description of Land: 3. All of Lot 108, registrar's Compiled Plan 2131;
Minimum Tender Amount: \$2,684.25
(Set out the cancellation price as of the first day of advertising)

Description of Land: 4. Parcel 44-1, Section M-71, and Schedule 139 of parcel 16-1, Section M-70, being Lot 44, Plan M-71, as in instrument #26432;
Minimum Tender Amount: \$4,461.91
(Set out the cancellation price as of the first day of advertising)

Description of Land: 5. Part of Lot 2, Concession 5, as described in instrument #164897;
Minimum Tender Amount: \$3,777.55
(Set out the cancellation price as of the first day of advertising)

Description of Land: 6. Part of Lot 8, Concession 5, as described in instrument #07640 (1943);
Minimum Tender Amount: \$6,512.09
(Set out the cancellation price as of the first day of advertising)

Description of Land: 7. Part of Lot 12, Concession 2, now designated as Part 1, 21R-11900, together with a right-of-way in common with all others entitled thereto and with the Vendor, in over and upon Part of said Lot 12, now designated as part 12, Plan 21R-3564;
Minimum Tender Amount: \$4,023.64
(Set out the cancellation price as of the first day of advertising)

Description of Land: 8. Part of Lot 12, Concession 2, now designated as Part 2, 21R-11900, together with a right of way in common with all others entitled thereto and with the Vendor, in over and upon Part of said Lot 12, now designated as part 12, Plan 21R-3564;
Minimum Tender Amount: \$4,066.32
(Set out the cancellation price as of the first day of advertising)

Description of Land: 9. Part of Lot 5, Concession 6, being the remainder of lands in instrument #07523 (1941);
Minimum Tender Amount: \$2,403.15
(Set out the cancellation price as of the first day of advertising)

Description of Land: 10. Part of Lot 24, Concession 9, designated as part 1, Plan 21R-18046;
Minimum Tender Amount: \$4,669.39
(Set out the cancellation price as of the first day of advertising)

Description of Land: 11. All of Lot 27, Concession 11;
Minimum Tender Amount: \$4,404.77
(Set out the cancellation price as of the first day of advertising)

Description of Land: 12. All of Lot 28, Concession 11;
Minimum Tender Amount: \$4,404.77
(Set out the cancellation price as of the first day of advertising)

In the Township of Lake, now in the Municipality of Marmora and Lake, County of Hastings:

Description of Land: 13. Part of Lot 17, Concession 3, as described in instrument #722(1938) for Lake;
Minimum Tender Amount: \$2,713.90
(Set out the cancellation price as of the first day of advertising)

Description of Land: 14. The north half of the east half of Lot 19, Concession 4.
Minimum Tender Amount: \$3,710.97
(Set out the cancellation price as of the first day of advertising)

Description of Land: 15. All of Lot 86, west of the Hastings Road;
Minimum Tender Amount: \$3,023.44
(Set out the cancellation price as of the first day of advertising)

In the Village of Deloro, now in the Municipality of Marmora and Lake, County of Hastings

Description of Land: 16. Lot 22, Plan 727, saved and except the Mines and Minerals underlying the said lot;
Minimum Tender Amount: \$23,728.51
(Set out the cancellation price as of the first day of advertising)

Tenders must be submitted in the prescribed form and must be accompanied by a deposit in the form of a money order or of a bank draft or cheque certified by a bank, trust corporation payable to the municipality or board and representing at least 20 per cent of the tender amount.

Except as follows, the municipality makes no representation regarding the title to or any other matters relating to the land to be sold. Responsibility for ascertaining these matters rests with the potential purchasers.

The land(s) does (do) not include the mobile homes situate on the land(s).

This sale is governed by the *Municipal Act, 2001* and the Municipal Tax Sales Rules made under that Act. The successful purchaser will be required to pay the amount tendered plus accumulated taxes and the relevant land transfer tax.

The municipality has no obligation to provide vacant possession to the successful purchaser.

For further information regarding this sale and a copy of the prescribed form of tender, contact:

ROSEMARY PASCOE
Deputy Clerk/Treasurer
Municipality of Marmora and Lake
Municipal Office, Marmora Town Hall
12 Bursthall Street
Box 459, Marmora, Ontario K0K 2M0
613-472-2629

(4454) 39

Municipal Act, 2001

SALE OF LANDS BY PUBLIC TENDER

**THE CORPORATION OF THE MUNICIPALITY OF
CENTRE HASTINGS**

TAKE NOTICE that the land(s) described below will be offered for sale by public auction at 11:00 a.m. o'clock on the 21st day of October, 2003 at the Municipal office located at R.R. No. 5, 11379 Hwy. No. 62, Madoc, ON K0K 2K0.

Description of Land: Parcel 1: Part Lot 1, Con. 5, formerly Township of Madoc, Village of Madoc, now Municipality of Centre Hastings, PART 7, Plan 21R-13062, Roll No.: 1230 138 010 22925
Minimum Tender Amount: \$4,893.59

Description of Land: Parcel 2: Lot 12, on the east side of Aylsworth (formerly Charles Street), Plan 119, Village of Madoc, now Municipality of Centre Hastings, Roll No.: 1230 138 015 00230
Minimum Tender Amount: \$2,827.25

Description of Land: Parcel 3: Lot 11, on the east side of Aylsworth (formerly Charles Street), Plan 119, Village of Madoc, now Municipality of Centre Hastings, Roll No.: 1230 138 015 00232
Minimum Tender Amount: \$2,827.25

Description of Land: Parcel 4: Part Lot 10, Concession 9, Township of Huntingdon, now Municipality of Centre Hastings, PART 3, Plan 21R-8721, Roll No.: 1230 224 025 04900
Minimum Tender Amount: \$8,847.96

Description of Land: Parcel 5: Part Lot 9, Concession 13, Township of Huntingdon, now Municipality of Centre Hastings, PART 3, Plan HSR-26, Roll No.: 1230 224 030 13902
Minimum Tender Amount: \$5,633.89

Description of Land: Parcel 6: Lot 9, South of Frances Street, Plan 119, Village of Madoc, now Municipality of Centre Hastings, Roll No.: 1230 138 015 00236
Minimum Tender Amount: \$2,314.16

Description of Land: Parcel 7: Lot 2, Con. 6, Township of Madoc, now Municipality of Centre Hastings. Part of Block 45, Plan 218, Village of Madoc, Roll No.: 1230 138 015 13502
Minimum Tender Amount: \$4,870.22

Description of Land: Parcel 8: Part of Parcel 45-1, Section 218, being Lots 12, 13, 14, 15 & Part Lots 9, 10 & 11 south of Duncan St., Plan 221, being PART 2, Plan 21R-11308, Village of Madoc, now Municipality of Centre Hastings, Roll No.: 1230 138 015 13503
Minimum Tender Amount: \$3,981.33

Description of Land: Parcel 9: Part Lot 14, Con. 2, Township of Huntingdon, now Municipality of Centre Hastings, PART 5, Plan 21R-15134, Roll No.: 1230 224 010 07120
Minimum Tender Amount: \$4,050.20

Description of Land: Parcel 10: Part Lot 12, Con. 9, Township of Huntingdon, now Municipality of Centre Hastings, Roll No.: 1230 224 025 06500
Minimum Tender Amount: \$4,488.51

Description of Land: Parcel 11: Part Lot 9, Con. 13, Township of Huntingdon, now Municipality of Centre Hastings, PART 7, Plan HSR 26, Roll No.: 1230 224 030 13906
Minimum Tender Amount: \$4,176.67

Description of Land: Parcel 12: Part of Lot A, All of Lots B&C, East of Durham St., (Formerly Donald St.), Plan 218, Part of Lot 1B, east side of Durham St., Plan 105, Village of Madoc, now Municipality of Centre Hastings, SAVE & EXCEPT PART 1, Plan 21R-9324, Roll No.: 12 30 138 015 00900
Minimum Tender Amount: \$71,067.76

All amounts payable by the successful purchaser shall be payable in full at the time of the sale by cash or money order or by a bank draft or cheque certified by a bank or trust corporation.

Except as follows, the municipality makes no representation regarding the title to or any other matters relating to the land to be sold. Responsibility for ascertaining these matters rests with the potential purchasers.

The lands do not include any mobile homes situate on the lands.

This sale is governed by the *Municipal Act, 2001* and the Municipal Tax Sales Rules made under that Act. The successful purchaser will be required to pay the amount tendered plus accumulated taxes and the relevant land transfer tax and Goods and Services Tax (G.S.T.) If applicable.

The municipality has no obligation to provide vacant possession to the successful purchaser.

For further information regarding this sale, contact:

BONNIE E. JONES
Treasurer/Tax Collector
The Corporation of the Municipality
of Centre Hastings
R.R. No. 5, 11379 Hwy. No. 62,
Madoc, ON K0K 2K0
(613) 473-4030

(4455) 39

Municipal Act, 2001

SALE OF LANDS BY PUBLIC TENDER

**THE CORPORATION OF THE TOWNSHIP OF
EAR FALLS**

TAKE NOTICE that tenders are invited for the purchase of the land(s) described below and will be received until 3:00 p.m. local time on October 31, 2003, at the Municipal Office, P.O. Box 309, 15 Spruce Street, Ear Falls, Ontario P0V 1T0.

The tenders will then be opened in public on the same day at the Municipal Office, 15 Spruce Street, P.O. Box 309, Ear Falls, Ontario P0V 1T0.

Description of Land: 108 Birch Drive, Roll No. 6042-000-001-17170-0000, Parcel 6998, Lot 67, Plan M653, Township of Ear Falls, District of Kenora (Patricia Portion), Zoning: Residential First Density
Minimum Tender Amount: \$1,144.79

Description of Land: 106 Birch Drive, Roll No. 6042-000-001-17172-0000, Parcel 7271, Lot 68, Plan M653, Township of Ear Falls, District of Kenora (Patricia Portion), Zoning: Residential First Density
Minimum Tender Amount: \$1,212.94

Description of Land: 1 Oak Street, Roll No. 6042-000-001-17200-0000, Parcel 7269, Lot 42, Plan M653, Township of Ear Falls, District of Kenora (Patricia Portion), Zoning: Residential First Density
Minimum Tender Amount: \$1,710.61

Description of Land: 3 Oak Street, Roll No. 6042-000-001-17202-0000, Parcel 7270, Lot 43, Plan M653, Township of Ear Falls, District of Kenora (Patricia Portion), Zoning: Residential First Density
Minimum Tender Amount: \$1,710.61

Description of Land: 2 Oak Street, Roll No. 6042-000-001-17272-0000, Parcel 7280, Lot 96, Plan M653, Township of Ear Falls, District of Kenora (Patricia Portion), Zoning: Residential First Density
Minimum Tender Amount: \$1,712.94

Tenders must be submitted in the prescribed form and must be accompanied by a deposit in the form of a money order or of a bank draft or cheque certified by a bank or trust corporation payable to the municipality (or board) and representing at least 20 per cent of the tender amount.

The municipality makes no representation regarding the title to or any other matters relating to the land to be sold. Responsibility for ascertaining these matters rests with the potential purchaser.

This sale is governed by the *Municipal Act, 2001* and the Municipal Tax Sales Rules made under that Act. The successful purchaser will be required to pay the amount tendered plus accumulated taxes and the relevant land transfer tax.

The municipality has no obligation to provide vacant possession to the successful purchaser.

For further information regarding this sale and a copy of the prescribed form of tender, contact:

PAULETTE COVELL
Deputy Clerk/Treasurer
Municipal Office
P.O. Box 309, 15 Spruce Street
Ear Falls, Ontario P0V 1T0
(807) 222-3624 Ext. 26

(4457) 39

Personal information contained on this form, collected pursuant to the *Municipal Act, 2001* and Regulations thereunder, will be used for the purposes of that Act. Questions should be directed to the Freedom of Information and Privacy Coordinator at the institution responsible for the procedures under that Act.

Municipal Act, 2001

SALE OF LANDS BY PUBLIC TENDER

THE CORPORATION OF THE MUNICIPALITY OF CLARINGTON

TAKE NOTICE that tenders are invited for the purchase of the land(s) described below and will be received until 3:00 p.m. local time on October 24, 2003, at the Municipality of Clarington, Office of the Treasurer, 40 Temperance Street, Bowmanville, Ontario, L1C 3A6.

The tenders will then be opened in public on the same day at 3:01 p.m. local time at the Municipality of Clarington, Office of the Treasurer, 40 Temperance Street, Bowmanville, Ontario L1C 3A6.

Description of Land(s): Part of Block 10, Plan H-50073, Town of Newcastle, Part of Block 13, Plan H-50073, Town of Newcastle designated as Parts 4 and 5 on Plan 10R-276; Part of Smart Avenue, Plan H-50073, Town of Newcastle as closed by By-law registered as N158143 designated as Part 3 on Plan 10R-661, Municipality of Clarington, Regional Municipality of Durham, Land Titles Division of Durham (No. 40).
Minimum Tender Amount: \$501,482.55

Tenders must be submitted in the prescribed form and must be accompanied by a deposit in the form of a money order or of a bank draft or cheque certified by a bank or trust corporation payable to the Municipality of Clarington and representing at least 20 per cent of the tender amount.

Except as follows, the municipality makes no representation regarding the title to or any other matters relating to the land to be sold. Responsibility for ascertaining these matters rests with the potential purchasers.

This sale is governed by the *Municipal Act, 2001* and the Municipal Tax Sales Rules made under that Act. The successful purchaser will be required to pay the amount tendered plus accumulated taxes and the relevant land transfer tax.

The municipality has no obligation to provide vacant possession to the successful purchaser.

For further information regarding this sale and a copy of the prescribed form of tender, contact:

LOU ANN BIRKETT,
Purchasing Manager
Municipality of Clarington
40 Temperance Street,
Bowmanville,
Ontario, L1C 3A6
(905) 623-3379

(4464) 39

Publications under the Regulations Act Publications en vertu de la Loi sur les règlements

2003—09—27

ONTARIO REGULATION 374/03

made under the

FISH AND WILDLIFE CONSERVATION ACT, 1997

Made: September 5, 2003
Filed: September 8, 2003

Amending O. Reg. 670/98
(Open Seasons — Wildlife)

Note: Ontario Regulation 670/98 has previously been amended. Those amendments are listed in the Table of Regulations (Legislative History) which can be found at <http://www.e-laws.gov.on.ca>.

1. (1) Table 5 of Ontario Regulation 670/98 is amended by adding the following item:

Item	Column 1 Area (Nos. refer to WMUs unless otherwise stated)	Column 2 Open Season — Residents	Column 3 Open Season — Non-Residents	Column 4 Class of Firearm
15.1	64A, 64B	From October 1 to the Sunday immediately prior to the first Monday in November, in any year. AND: From the Sunday immediately prior to the second Monday in November to the Sunday next following, in any year. AND: From the Sunday immediately prior to the fourth Monday in November to December 31, in any year.	From October 1 to the Sunday immediately prior to the first Monday in November, in any year. AND: From the Sunday immediately prior to the second Monday in November to the Sunday next following, in any year. AND: From the Sunday immediately prior to the fourth Monday in November to December 31, in any year.	1

(2) Item 16 of Table 5 of the Regulation is revoked and the following substituted:

Item	Column 1 Area (Nos. refer to WMUs unless otherwise stated)	Column 2 Open Season — Residents	Column 3 Open Season — Non-Residents	Column 4 Class of Firearm
16.	66A, 67, 69B	From October 1 to the Sunday immediately prior to the first Monday in November, in any year. AND: From the Sunday immediately prior to the second Monday in November to December 31, in any year.	From October 1 to the Sunday immediately prior to the first Monday in November, in any year. AND: From the Sunday immediately prior to the second Monday in November to December 31, in any year.	1

(3) Items 44, 45 and 75 of Table 5 of the Regulation are revoked and the following substituted:

44.	64B	From the first Monday in November to the Saturday next following, in any year. AND: From the third Monday in November to the Saturday next following, in any year.	From the first Monday in November to the Saturday next following, in any year. AND: From the third Monday in November to the Saturday next following, in any year.	3
45.	65, 69B	From the first Monday in November to the Saturday next following, in any year.	From the first Monday in November to the Saturday next following, in any year.	3
75.	66A, 67	From the first Monday in November to the Saturday next following, in any year.	From the first Monday in November to the Saturday next following, in any year.	7

(4) Table 5 of the Regulation is amended by adding the following item:

75.1	64A	From the first Monday in November to the Saturday next following, in any year. AND: From the third Monday in November to the Saturday next following, in any year.	From the first Monday in November to the Saturday next following, in any year. AND: From the third Monday in November to the Saturday next following, in any year.	7
------	-----	--	--	---

Made by:

JERRY J. OUELLETTE
Minister of Natural Resources

Date made: September 5, 2003.

39/03

ONTARIO REGULATION 375/03

made under the

HEALTH PROTECTION AND PROMOTION ACT

Made: September 8, 2003
Filed: September 8, 2003

Amending O. Reg. 166/03

(Orders under Section 22.1 of the Act)

Note: Ontario Regulation 166/03 has not previously been amended.

1. (1) The definition of “crime” in subsection 1 (1) of Ontario Regulation 166/03 is revoked and the following substituted:

“crime” means an offence under the *Criminal Code* (Canada) committed in Ontario which results in physical injury to a victim and as a result of which the victim may have come into contact with a bodily substance of a respondent;

(2) The definition of “victim” in subsection 1 (1) of the Regulation is revoked and the following substituted:

“victim” means a person who may have come into contact with a bodily substance of a respondent as a result of sustaining physical injury from any act or omission in Ontario of a respondent occurring in or resulting from the commission of a crime.

2. Section 4 of the Regulation is amended by adding the following subsections:

(8) The Chief Medical Officer of Health may, if in the opinion of the Chief Medical Officer of Health it is appropriate to do so, direct the medical officer of health in the appropriate health unit who receives the application to transfer the application to a medical officer of health in a health unit other than the appropriate health unit, and shall notify the receiving medical officer of health of the transfer of the application.

(9) The Chief Medical Officer of Health may provide a direction under subsection (8) without providing reasons for his or her decision.

(10) The medical officer of health who receives an application under the direction of the Chief Medical Officer of Health shall determine the application in accordance with the Act and this Regulation.

3. (1) Subsection 16 (4) of the Regulation is revoked.

(2) Section 16 of the Regulation is amended by adding the following subsection:

(9.1) A decision of the Chief Medical Officer of Health made under subsection (9) is final and not subject to further review or appeal.

(3) Section 16 of the Regulation is amended by adding the following subsection:

(11.1) A decision of the Chief Medical Officer of Health made under subsection (11) is final and not subject to further review or appeal.

(4) Subsection 16 (27) of the Regulation is revoked and the following substituted:

(27) If the Chief Medical Officer of Health determines that the refusal is clearly wrong, the Chief Medical Officer of Health shall substitute his or her own decision for the decision of the medical officer of health who refused the order and direct the medical officer of health to make the order sought by the applicant in accordance with section 11.

(5) Subsection 16 (31) of the Regulation is revoked and the following substituted:

(31) If the Chief Medical Officer of Health determines that the refusal is no longer correct, the Chief Medical Officer of Health shall substitute his or her own decision for the decision of the medical officer of health who refused the order and direct the medical officer of health to make the order sought by the applicant in accordance with section 11.

4. This Regulation comes into force immediately upon the coming into force of Ontario Regulation 166/03.

Made by:

TONY CLEMENT
Minister of Health and Long-Term Care

Date made: September 8, 2003.

39/03

ONTARIO REGULATION 376/03
made under the
LAND REGISTRATION REFORM ACT

Made: May 9, 2003
Filed: September 9, 2003

Amending O. Reg. 16/99
(Automated System)

Note: Ontario Regulation 16/99 has previously been amended. Those amendments are listed in the Table of Regulations (Legislative History) which can be found at <http://www.e-laws.gov.on.ca>.

1. (1) The Table to subsection 3 (1) of Ontario Regulation 16/99 is amended by striking out the following item:

Column 1	Column 2
Essex (No. 12)	April 7, 2003

(2) The Table to subsection 3 (2) of the Regulation is amended by adding the following item:

Column 1	Column 2
Essex (No. 12)	September 9, 2003

TIMOTHY PATRICK HUDAK
Minister of Consumer and Business Services

Dated on May 9, 2003.

39/03

INDEX 39

GOVERNMENT NOTICES/AVIS DU GOUVERNEMENT

Proclamations/Proclamations	2429
Motor Vehicle Transport Act/Truck Transportation Act/Loi sur les transports routiers/Loi sur le camionnage	2430
Ontario Highway Transport Board	2430
Certificates of Dissolution/Certificats de dissolution	2430
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	2432
Notice of Default in Complying with the Corporations Tax Act/Avis d'inobservation de la loi sur les corporations	2433
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)	2434
Co-operative Corporations Act (Certificate of Amendment of Article Issued)/Loi sur les Sociétés Coopératives (Certificat de modification des statut)	2435
Financial Services Commission of Ontario/Commission des services financiers de l'Ontario	2435
Ministry of the Attorney General/Ministère du Procureur général	2458
Applications to Provincial Parliament—Private Bills/Demandes au Parlement provincial—Projets de loi d'intérêt privé	2459
SHERIFF'S SALES OF LANDS/VENTES DE TERRAINS PAR LE SHÉRIF	2459
SALES OF LANDS FOR TAX ARREARS BY PUBLIC TENDER/VENTES DE TERRAINS PAR APPEL D'OFFRES POUR ARRIÉRÉ D'IMPÔT	2461
PUBLICATIONS UNDER THE REGULATIONS ACT/ PUBLICATIONS EN VERTU DE LA LOI SUR LES RÈGLEMENTS	
Fish and Wildlife Conservation Act, 1997 O. Reg. 374/03	2465
Health Protection and Promotion Act O. Reg. 375/03	2466
Land Registration Reform Act O. Reg. 376/03	2467



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