

RAPPORT D'ACTIVITÉS DES SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS (SSNA) - ENVOI DE FOURNISSEURS DE SOINS DE LA VUE – NORD

Numéro de l'ICD et année financière: HC-P079 (2021-2022)

NOTE : Ce document est une représentation des exigences de production de rapports pour l'ICD HC-P079. Il ne s'agit pas d'un modèle de rapport ni d'un outil de collecte de données. Le cas échéant, le bureau régional vous fournira des modèles de rapports, des guides et des outils de collecte de données qui vous aideront à répondre aux exigences de production de rapports. Ces documents sont indiqués en caractères gras et en italiques dans le document. Veuillez communiquer avec [le bureau régional de la DGSPNI-SAC](#) si vous n'avez pas reçu d'exemplaires de ces documents, pour toute question ou si vous avez besoin d'aide.

Exigences du programme en matière de rapports:

Remplir le modèle *SV-C des SSNA* ou une autre équivalence approuvée.

SV-C des SSNA

Type de fournisseur: _____ Nom du fournisseur: _____

Communautés et dates visitées : _____

Nombre de jours de déplacement: _____

Nombre de jours de service: _____

Nombre de jours météo* (le cas échéant): _____

Nombre de clients non admissibles examinés pendant la visite: _____

Nombre de clients restant sur la liste d'attente : _____

***REMARQUE :** Les réclamations de journées météo doivent être soutenues au moyen de documents fournis par la compagnie aérienne.

| Nom | Date de naissance | Numéro d'identification du client (NIC) | Article | Coût |
|-----|-------------------|---|---------|------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Jour | Vol | Indemnité quotidienne | Hôtel | Fret | B | L | D |
|-------------|------------|----------------------------------|--------------|-------------|----------|----------|----------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |