

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

Numéro de l'ICD et année financière : HC-P073 (2024-2025)

NOTE : Ce document présente les exigences en matière de rapports pour l'ICD no HC-P073. Le cas échéant, les modèles de rapport, les guides et les outils de collecte de données qui vous aideront à respecter vos exigences en matière de rapports vous seront fournis par votre bureau régional. Veuillez communiquer avec votre [bureau régional de la DGSPNI-SAC](#) si vous n'avez pas reçu de copie des documents, ou si vous avez des questions ou besoin d'aide.

Exigences du programme en matière de rapports :

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

SD-C des SSNA

Type de fournisseur : _____ Nom du fournisseur : _____

Nombre de jours de service : _____ Nombre de jours de déplacement : _____

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

Dates des visites : _____

Nombre de clients non admissibles examinés pendant la visite : _____

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

Nom du client	Prénom du client	Date de naissance	Numéro d'identification du client (NIC)

Autres observations, commentaires ou renseignements pertinents :
