

# RAPPORT FINANCIER ANNUEL DES SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS (SSNA) GOUVERNEMENT DU NUNAVUT (GN) - ENVOI DE FOURNISSEURS DE SOINS DE LA VUE ET LUNETTERIE

Numéro de l'ICD et année financière : HC-P093 (2024-2025)

**NOTE :** Ce document présente les exigences en matière de rapports pour l'ICD no HC-P093. 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 *SV-B des SSNA* ou une autre équivalence approuvée.

## SV-B des SSNA- RAPPORT PÉRIODIQUE DES ACTIVITÉS DE PROGRAMME OU FINANCIÈRES

Dépenses en soins de la vue des SSNA

|   | Avr. | Mai | Juin | Juil. | Août | Sept. | Oct. | Nov. | Déc. | Jan. | Fév. | Mars | TOTAL |
|---|------|-----|------|-------|------|-------|------|------|------|------|------|------|-------|
| <b>Région -</b>                           |      |     |      |       |      |       |      |      |      |      |      |      |       |
| <b>Technicien ophtalmologique</b>         |      |     |      |       |      |       |      |      |      |      |      |      |       |
| Déplacements (prix du vol seulement)      |      |     |      |       |      |       |      |      |      |      |      |      |       |
| Déplacements (taxi)                       |      |     |      |       |      |       |      |      |      |      |      |      |       |
| Hébergement et repas                      |      |     |      |       |      |       |      |      |      |      |      |      |       |
| Nombre de journées de service             |      |     |      |       |      |       |      |      |      |      |      |      |       |
| Nombre total de journées météo            |      |     |      |       |      |       |      |      |      |      |      |      |       |
| Coûts des journées météo (le cas échéant) |      |     |      |       |      |       |      |      |      |      |      |      |       |
| Coût total des salaires                   |      |     |      |       |      |       |      |      |      |      |      |      |       |
| Nombre d'examens                          |      |     |      |       |      |       |      |      |      |      |      |      |       |

|   | Avr. | Mai | Juin | Juil. | Août | Sept. | Oct. | Nov. | Déc. | Jan. | Fév. | Mars | TOTAL |
|---|------|-----|------|-------|------|-------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Coûts du fret de l'équipement                 |      |     |      |       |      |       |      |      |      |      |      |      |       |
| Remboursement de clients (examens)            |      |     |      |       |      |       |      |      |      |      |      |      |       |
| <b>Opticien</b>                               |      |     |      |       |      |       |      |      |      |      |      |      |       |
| Déplacements (prix du vol)                    |      |     |      |       |      |       |      |      |      |      |      |      |       |
| Déplacements (taxis)                          |      |     |      |       |      |       |      |      |      |      |      |      |       |
| Hébergement et repas                          |      |     |      |       |      |       |      |      |      |      |      |      |       |
| Nombre des jours de service                   |      |     |      |       |      |       |      |      |      |      |      |      |       |
| Honoraires                                    |      |     |      |       |      |       |      |      |      |      |      |      |       |
| Nombre de paires de lunettes                  |      |     |      |       |      |       |      |      |      |      |      |      |       |
| COÛT TOTAL DES NOUVELLES PAIRES DE LUNETTES   |      |     |      |       |      |       |      |      |      |      |      |      |       |
| Nombre de réparations                         |      |     |      |       |      |       |      |      |      |      |      |      |       |
| COÛT TOTAL DES RÉPARATIONS                    |      |     |      |       |      |       |      |      |      |      |      |      |       |
| Remboursement de clients (paires de lunettes) |      |     |      |       |      |       |      |      |      |      |      |      |       |
| <b>TOTAL</b>                                  |      |     |      |       |      |       |      |      |      |      |      |      |       |