

**Formulaire de demande de remboursement  
du bénéficiaire des SSNA**

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits  
Programme des services de santé non assurés (SSNA)

**Partie 1 - Renseignements sur le bénéficiaire**

Nom de famille :	Prénom(s) :	
Numéro d'identification du bénéficiaire <OU> Numéros de bande et de famille :	Date de naissance :	
Adresse :	Ville :	
Province :	Code postal :	Numéro de téléphone :

**Partie 2 - Renseignements sur un parent, tuteur ou toute personne ayant l'autorité légale d'agir au nom d'un enfant âgé de moins de 18 ans ou d'une personne handicapée (atteinte d'incapacité)**

Veillez remplir cette section si le bénéficiaire est âgé de moins de 18 ans ou s'il est handicapé (atteint d'incapacité) et que vous êtes le parent ou le tuteur légal de cette personne. Si le bénéficiaire est âgé de moins d'un an et qu'il n'est pas inscrit, veuillez fournir les renseignements sur un des parents.

Nom de famille :	Prénom :
Numéro d'identification <OU> Numéros de bande et de famille :	Date de naissance :
Lien avec le bénéficiaire :	Numéro de téléphone :

**Partie 3 - Autre régime ou programme de santé**

Ces dépenses sont-elles couvertes par un autre régime ou programme de santé? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <b>Si oui, veuillez indiquer :</b>	
Numéro de la réclamation :	Nom de la société d'assurances :

**Partie 4 - Renseignements sur la demande**

Veillez joindre les reçus originaux, les ordonnances et tout autre document pertinent. Si une demande de remboursement a déjà été faite auprès d'un autre régime, joindre les reçus et le relevé des prestations versées en vertu de cet autre régime. Pour le remboursement des frais dentaires, veuillez compléter un Formulaire normalisé de demande de paiement, une Demande de règlement de soins dentaires et de plan de traitement de l'ACDQ, un Formulaire imprimé par ordinateur et un formulaire de demande de remboursement du bénéficiaire des SSNA ou un Formulaire Dent-29 des SSNA.

Catégorie de service	Date du service (jour/mois/année)	Coût
Médicaments, soins dentaires, soins de la vue, transport pour raison médicale, fournitures médicales et équipement médical, service d'intervention en santé mentale en situation de crise à court terme		
<b>MONTANT TOTAL RÉCLAMÉ :</b>		

<b>Veillez indiquer le nom et l'adresse du bénéficiaire (si différents de la Partie 1 ou de la Partie 2 ci-haut)</b>		
Nom :	Adresse :	
Ville :	Province :	Code postal :

**Partie 5 - Autorisation du bénéficiaire**

J'autorise Santé Canada, ses agents et contractants, les administrateurs et responsables du traitement des demandes ou toute autre personne fournissant des prestations, des articles ou des services de santé, conformément au Programme des SSNA, à utiliser et à communiquer des renseignements personnels qui sont recueillis par la présente demande et par mes demandes antérieures pour l'administration de la présente demande. Je certifie que tous les renseignements inscrits dans ce formulaire sont exacts et complets et que la présente demande de remboursement ne porte pas sur des frais déjà remboursés par Santé Canada ou par tout autre régime.

<b>Signature :</b>	<b>Date :</b>
--------------------	---------------

Les instructions relatives à l'envoi de votre demande de remboursement et à l'information à fournir sont énoncées à l'endos de ce formulaire.

Pour usage interne seulement :

**ENVOI DE VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS****Région du Pacifique**

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits  
Immeuble fédéral  
ATTN : SSNA  
757, rue Hastings Ouest, bureau 540  
Vancouver (Colombie-Britannique) V6C 3E6

**Région du Québec**

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits  
Complexe Guy-Favreau  
ATTN : SSNA  
200, boulevard René-Lévesque Ouest  
Tour Est, bureau 216  
Montréal (Québec) H2Z 1X4

**Secrétariat du Nord, Yukon**

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits  
Immeuble Elijah Smith  
ATTN : SSNA  
300 rue Main, bureau 100  
Whitehorse (Yukon) Y1A 2B5

**Région de l'Alberta**

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits  
Place Canada  
ATTN : SSNA  
9700, avenue Jasper, bureau 730  
Edmonton (Alberta) T5J 4C3

**Région de la Saskatchewan**

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits  
Chateau Tower  
ATTN: SSNA  
1920 rue Broad, 18<sup>e</sup> étage  
Regina (Saskatchewan) S4P 3V2

**Région du Manitoba**

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits  
Immeuble fédéral Stanley Knowles  
ATTN : SSNA  
391, avenue York, bureau 300  
Winnipeg (Manitoba) R3C 4W1

**Région de l'Ontario**

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits  
Emerald Plaza  
ATTN : SSNA  
1547, chemin Merivale, 3<sup>e</sup> étage  
Indice de l'adresse 6103A  
Nepean (Ontario) K1A 0L3

**Secrétariat du Nord (T.N.-O. et Nunavut)**

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits  
ATTN : SSNA  
60, rue Queen, 14<sup>e</sup> étage  
Indice de l'adresse 3914A  
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

**Région de l'Atlantique**

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits  
ATTN : SSNA  
1505, rue Barrington  
15<sup>e</sup> étage, bureau 1525, Centre Maritime  
Halifax (Terre-Neuve) B3J 3Y6

**INFORMATION À JOINDRE AU FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT**

**Toute demande de remboursement des frais admissibles doit être présentée dans l'année suivant l'obtention du service.**

- Soins dentaires :** Complétez et joignez un Formulaire normalisé de demande de paiement, une Demande de règlement de soins dentaires et de plan de traitement de l'ACDQ, un Formulaire imprimé par ordinateur ou un Formulaire Dent-29 des SSNA. Si une portion des frais de service a été remboursée par une tierce partie, veuillez joindre le relevé des prestations.
- Médicaments sur ordonnance :** Joindre les reçus originaux de la pharmacie indiquant le numéro de l'ordonnance, le nom du médecin, le code NIM la quantité, le montant payé et la date du service **ou** le relevé des prestations si une portion des frais a été remboursée par une tierce partie.
- Fournitures médicales et équipement médical :** Joindre l'ordonnance originale du médecin. Inclure une justification médicale expliquant le besoin du service obtenu, la facture originale comportant le nom du fabricant et le numéro du produit, de même qu'un devis détaillé et la méthode de fabrication du fournisseur de service (si applicable).
- Soins de la vue :** Joindre une copie de l'ordonnance de l'optométriste ou de l'ophtalmologiste et le reçu original détaillé comprenant le coût de l'examen visuel, de la monture et des lentilles ainsi que les frais d'ordonnance (si applicable).
- Transport pour raison médicale :** Obtenir préalablement l'autorisation du bureau de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits le plus près ou de l'autorité en santé désignée des Premières nations. Joindre l'attestation de visite médicale de votre médecin ou du fournisseur de services reconnu précisant que vous êtes allé à un rendez-vous ou que vous avez obtenu des services.
- Service d'intervention en santé mentale en situation de crise à court :** Veuillez communiquer avec le bureau de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits le plus près pour obtenir des détails au sujet du remboursement.

terme :