



(Réservé à Santé Canada)		
Région :	N° AP :	Date :

SERVICES AUX AUTOCHTONES CANADA (SAC) DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE POUR LA COUVERTURE DU COUNSELING EN SANTÉ MENTALE

Énoncé de la Loi sur la protection des renseignements personnels

Les renseignements personnels que vous fournissez à SAC sont traités conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Nous ne recueillons que les renseignements nécessaires pour administrer le programme des SSNA et le PSS RQPI. La collecte d'informations pour cet objectif est autorisée par la loi. Ces renseignements sont requis pour le paiement des réclamations et à des fins de vérification. Vos renseignements personnels peuvent être divulgués sans votre consentement, mais seulement conformément au paragraphe 8 (2) de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Pour obtenir de plus amples renseignements : cette collecte de renseignements personnels est décrite dans Info Source et est disponible en ligne à infosource.gc.ca. En plus d'assurer la protection de vos renseignements personnels, la *Loi sur la protection des renseignements personnels* vous donne un droit d'accès et de rectification de vos données personnelles. Pour en savoir davantage, veuillez communiquer avec le coordonnateur de l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels de SAC. Vous trouverez les coordonnées de la personne-ressource à l'adresse <http://www.tbs-sct.gc.ca/hgw-cgf/oversight-surveillance/atip-aijrp/coord-fra.asp>. Vous avez également le droit de déposer une plainte auprès au Commissariat à la protection de la vie privée du Canada si vous croyez que vos renseignements personnels ont été traités de façon inadéquate.

ADMISSIBILITÉ

- ▶ Pour être admissible au remboursement des services, vous devez être inscrit comme fournisseur auprès du Programme des SSNA ou du PSS RQPI avant de fournir des services aux clients.
- ▶ Les formulaires incomplets seront retournés sans avoir été traités.
- ▶ Veuillez noter que la session de l'évaluation initiale du client (maximum de deux heures) ne requiert pas d'autorisation préalable.
- ▶ Veuillez remplir ce formulaire pour soumettre une demande d'autorisation préalable avant d'amorcer le counseling qui sera couvert par le Programme des services de santé non assurés (SSNA) ou le Programme de soutien à la santé Résolution des questions des pensionnats indiens (PSS RQPI).
- ▶ Pour être admissible au paiement, les services de counseling doivent être fournis conformément aux modalités et conditions énoncés dans le Guide des services de counseling en santé mentale - SSNA et PSS RQPI («le Guide»).
- ▶ Le counseling devrait normalement commencer dans les 10 jours ouvrables suivant l'autorisation préalable.

Type de demande (Sélectionner une seule case) SSNA RQPI

Services de Santé Non Assurés - Counseling en Santé Mentale (CSM) (Remplir les sections A, B, D et E)

- Demande Originale
- Demande d'exception / extension (pour les demandes de services totalisant plus de 22 heures en 12 mois) *
- Ce client est à la recherche de service de counseling lié à l'impact des FFADA*

Services de Counseling du Programme de soutien en santé - résolution des questions des pensionnats indiens (Remplir les sections A, C, D et E)

- Demande originale
- Demande d'extension des services actuellement fournis*
- Ce client est à la recherche de service de counseling lié à l'impact des FFADA*

* Veuillez prendre note que les demandes de counseling au-delà de 22 heures (jusqu'à 2 heures pour l'évaluation initiale + 20 heures de counseling) à l'intérieur de 12 mois doivent être soumises dans un nouveau formulaire d'autorisation préalable après la fin du traitement approuvé sur le formulaire d'autorisation préalable initial.

SECTION A - Renseignements sur le client et le fournisseur (en caractères d'imprimerie)

Renseignements sur le client

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (AAAAMMJJ)
Adresse (numéro et nom de rue)		



Ville	Province/Territoire	Postal Code	Numéro de téléphone
Numéro de client (numéro d'inscription au registre des Indiens pour les membres des Premières Nations, numéro N les Inuits, ou numéro de régime d'assurance santé pour les clients Inuits vivant dans les Territoires du Nord-Ouest ou au Nunavut)		Admissibilité au PSS RQPI - Numéro de vérification du SAPI (s'il est disponible)	
Renseignements sur le fournisseur			
Nom du fournisseur		Nom de l'entreprise	
Numéro de vendeur / fournisseur (7 chiffres)		Numéro de téléphone	Numéro d'extension
Counseling sera offert à (emplacement et adresse)			

SECTION B - Services de Counseling en santé mentale des SSNA

Les services de CSM du Programme des SSNA visent à offrir une couverture pour des services professionnels de counseling en santé mentale afin de compléter d'autres services de mieux-être mental qui peuvent être disponibles. Les fournisseurs doivent s'informer des services de mieux-être mental actuellement disponibles dans la communauté ainsi que localement par l'entremise de la province / territoire et envisager de relier le client à de tels services.

J'ai développé un plan de traitement écrit en partenariat avec mon client. Ensemble, nous avons défini les buts et les objectifs du counseling.

Connaissez-vous d'autres services communautaires qui pourraient être disponibles pour ce client? Oui Non

J'aimerais qu'on me contacte pour m'offrir des informations supplémentaires et m'aider à référer le client à des services communautaires qui pourraient être disponibles.

SECTION C - Programme de soutien en santé – résolution des questions des pensionnats indiens

Le client est : Un ancien élève d'un pensionnat indien Un membre de la famille d'un ancien élève d'un pensionnat indien

Sexe : Masculin Féminin

Remarque : Si le client est un membre de la famille, veuillez fournir le nom complet ainsi que la date de naissance de l'ancien (des) étudiant (s). Fournir l'information pour plus d'un ancien élève est facultatif.

Ancien étudiant		Date de naissance (AAAAMMJJ)	Nom du pensionnat indien fréquenté	Années fréquentées	
Nom de famille	Prénom			De	À

Veuillez confirmer ce qui suit (Sélectionner une seule case) :

J'ai développé un plan de traitement écrit en partenariat avec mon client. Ensemble, nous avons défini les buts et les objectifs du counseling.

J'ai informé le client du PSS RQPI qu'il est également admissible à accéder aux services d'un travailleur de soutien de la résolution de la santé et / ou un travailleur de soutien culturel s'il/elle le désire. Si vous n'êtes pas au courant de ces services, veuillez contacter votre bureau régional de SAC.



SECTION D - Calendrier proposé pour les heures de counseling

SAC ne fournit pas de remboursement distinct pour la rédaction des rapports associés au fichier du client. Pour compléter, veuillez compter le nombre total d'heures, y compris les deux premières heures qui ne nécessitent pas d'autorisation préalable. Pour les directives sur la fréquence veuillez consulter le Guide.

Partie 1 : Veuillez compléter pour toutes les demandes

Demande	Nombre d'Heures	Fréquence	Taux Horaire
Séance (s) initiale (s) / évaluation (ces deux premières heures ne nécessitent pas d'autorisation préalable)			
Face à face : <input type="checkbox"/> Counseling individuel <input type="checkbox"/> Counseling familial			
Téléphone / Vidéo Conférence :			
Counseling de groupe (type de groupe) : _____ Le taux horaire facturé pour un participant individuel admissible dans un groupe ne doit pas dépasser 30% du taux habituel de counseling individuel. Reportez-vous au Guide pour les politiques complètes des Programmes en matière de counseling de groupe.			
Nombre total d'heures prévues, à l'exclusion des sessions initiales pour l'évaluation: (maximum de 20 heures par autorisation préalable sur une période de 12 mois)			
Date de début prévue (AAAAMMJJ)	Date de la séance/évaluation initiale (AAAAMMJJ)		

Partie 2 : Veuillez compléter pour les demandes d'exception/prolongation

Des heures supplémentaires sont requises pour la raison suivante (remplir la section de programme appropriée) :

SSNA

- J'ai référé le client à un service communautaire mais le client n'utilise pas encore ce service.

Veuillez indiquer la date à laquelle ce client a été référé à un autre service provincial ou territorial de santé mentale ou à un service communautaire et la date de début prévue. ►

Date (AAAAMMJJ)	Date de début prévue (AAAAMMJJ)
-----------------	---------------------------------

- Il n'y a pas d'autres services appropriés disponibles pour le client

- Autre (Préciser) : _____

PSS RQPI

- Du conseil additionnel fait partie du plan de traitement écrit et développé en partenariat avec le client.

SECTION E - Attestation

Client

- J'ai communiqué avec (*nom du conseiller*) _____ pour avoir accès à du counseling en santé mentale;
- J'ai été évalué par ce conseiller et il a discuté avec moi de mon évaluation ainsi que du calendrier et des heures de counseling qu'il me recommande;
- Je confirme que les renseignements qui figurent dans ce formulaire sont exacts, et je comprends qu'ils seront utilisés par le Programme des SSNA et le PSS RQPI à des fins administratives, notamment pour l'autorisation préalable du counseling, le traitement des demandes de remboursement et les vérifications administratives;
- Mon conseiller m'a expliqué, et je comprends les conditions relatives aux services financés par le Programme des SSNA ou le PSS RQPI;



- Mon conseiller en santé mentale a discuté avec moi des alternatives pour la transition vers d'autres services de santé mentale (provinciales, territoriales ou communautaire) le cas échéant;
- Je suis conscient que je peux déposer une plainte auprès de l'organisme de réglementation de mon conseiller et/ou SAC si j'ai des préoccupations concernant la conduite et / ou la pratique de mon conseiller;
- J'informerai mon conseiller si des changements se produisent quant à mon adresse ou mes coordonnées; et
- Je suis conscient que les services demandés ici doivent être fournis par le professionnel listé ici. Changer de conseiller, requiert la soumission d'un nouveau formulaire d'autorisation préalable.

Signature du client (ou parent / tuteur légal)

Date (AAAAMMJJ)

X

Si un parent ou tuteur légal signe ce document, veuillez écrire votre nom en caractère d'imprimerie

Fournisseur

- J'ai complété un processus avec ce client pour déterminer les besoins en counseling.
- J'ai développé un plan de traitement écrit en partenariat avec mon client. Ensemble, nous avons défini les buts et les objectifs du counseling
- J'ai informé le client du PSS RQPI qu'il / elle est également admissible pour accéder aux services d'un Travailleur autochtone en santé mentale et / ou un Travailleur de soutien culturel s'il / elle le souhaite.
- Si, à tout moment au cours du traitement, il devient évident que mon client a besoin de services de counseling à long terme, je débiterai immédiatement un processus de transition vers des services de counseling en santé mentale à plus long terme (p. ex. : services provinciaux, territoriaux ou de types communautaires) de façon opportune;
- Je vais m'informer quant aux services communautaires qui peuvent être disponibles pour le client et je ferai tous les efforts nécessaires afin d'aiguiller ce client vers d'autres services de counseling en santé mentale (provincial, territorial, ou à base communautaire);
- Je comprends les lignes directrices du Programme des SSNA et/ou du PSS RQPI;
- Je fournirai des services de counseling en santé mentale dans un milieu sécuritaire et approprié, conformément aux normes définies par l'organisme de réglementation.
- J'ai expliqué les lignes directrices du Programme concerné au client, et il/elle a reconnu les comprendre;
- Je présenterai des demandes de remboursement pour ces services auprès des SSNA **OU** du PSS RQPI;
- Je ne facturerais aucuns frais au client pour les services fournis;
- Je ne chargerai pas de frais au Programme des SSNA ou au PSS RQPI pour la rédaction du rapport ou la création et le transfert de dossier;
- Je ne soumettrai que des demandes de remboursement conformes au Guide;
- Je coopérerai aux activités de vérification administrative de SAC et fournirai tous les documents d'appui requis à SAC, si nécessaire;
- Je mettrai à jour tout changement quant à l'adresse ou les coordonnées du client s'il y a lieu; et
- Cette autorisation préalable ne s'applique qu'aux services que je fournis. Je demanderai l'approbation de SAC avant de substituer un autre fournisseur inscrit, et seulement si cette substitution a été acceptée par le client.

Signature du fournisseur

Date (AAAAMMJJ)

X



Bureaux Régionaux (téléphones)

Région Atlantique (I.P.E, NE, NB, T.N.L.)
SSNA: 1-800-565-3294 / 902-426-2656
PSS-RQPI: 1-866-414-8111

Région de la Saskatchewan
SSNA: 1-866-885-3933
PSS-RQPI: 1-866-250-1529

Région de Québec
SSNA: 1-877-483-1575 / 514-283-2935
PSS-RQPI: 1-877-583-2965

Région de l'Alberta
SSNA: 1-800-232-7301 ou 780-495-2694
PSS-RQPI: 1-888-495-6588

Région de l'Ontario
SSNA: 1-800-881-3921
PSS-RQPI: 1-888-301-6426

Région du Nord
SSNA: 1-866-362-6717
PSS-RQPI: 1-800-509-1769

Région du Manitoba
SSNA: 1-800-665-8507
PSS-RQPI: 1-866-818-3505

Régie de la santé des Premières Nations de la Colombie Britannique
PSS-RQPI: 1-877-477-0775

Les coordonnées complètes des Programmes peuvent être trouvées aux endroits suivants. S'il vous plaît veuillez faire défiler vers le bas pour le bureau de votre région.

SSNA : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/contactez-nous/programme-services-sante-non-assures.html>

PSS-RQPI : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/contactez-nous/sante-premieres-nations-inuits-bureaux-regionaux.html>