



(Réservé à SAC)		
Région	N° du fournisseur	Date

ENTENTE DE FOURNISSEUR DE 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 du Commissariat à la protection de la vie privée du Canada si vous croyez que vos renseignements personnels ont été traités de façon inadéquate.

- Cette entente (« Entente de fournisseur ») entre sa Majesté la Reine du chef du Canada représentée par le ministre des Services aux Autochtones (« Services aux Autochtones Canada ou « SAC ») et le fournisseur de counseling en santé mentale (« fournisseur ») établit les modalités concernant les critères d'admissibilité et les responsabilités des fournisseurs, de même que le processus de facturation de SAC pour les services de counseling en santé mentale fournis aux clients admissibles à la couverture des SSNA et du PSS RQPI.
- Les fournisseurs de counseling en santé mentale agréés auprès d'un organisme de réglementation professionnel constitué en vertu d'une loi (« organisme de réglementation légiféré ») et qui peuvent exercer de manière indépendante dans la province ou le territoire dans lequel le service est fourni peuvent être inscrits à titre de fournisseurs après avoir rempli et présenté les renseignements ci-dessous, à moins d'avis contraire. Les fournisseurs admissibles comprennent les travailleurs sociaux spécialisés en counseling clinique, les psychologues et les autres fournisseurs de services en santé mentale agréés ayant le droit d'exercer. D'autres fournisseurs peuvent être acceptés dans des circonstances exceptionnelles seulement, de façon limitée, sous réserve de certaines conditions.

Entente de fournisseur pour : SSNA et PSS RQPI SSNA PSS RQPI

Renseignements commerciaux

Nom de la compagnie, de l'organisation ou du propriétaire unique

Adresse professionnelle (numéro et rue)

Ville	Province/Territoire	Code postal	N° de téléphone	Extension	N° de télécopieur
-------	---------------------	-------------	-----------------	-----------	-------------------

Fournir une liste d'autres bureaux et endroits où vous pouvez offrir des services (fournir l'adresse complète)

Communication par <input type="radio"/> Courrier <input type="radio"/> Télécopieur <input type="radio"/> Adresse électronique	Adresse électronique
	N° d'entreprise/n° d'imposition de la société du feuillet T2 (Formulaire de dépôt direct doit être rempli afin d'assurer le paiement.)

Langue de communication préférée Anglais Français

Langue dans laquelle vous pouvez offrir des services Anglais Français Autochtone ► Veuillez préciser :



IMPORTANT: Il peut arriver que SAC conclut des contrats de service avec des fournisseurs de counseling en santé mentale pour organiser des cliniques sur place dans des communautés des Premières Nations ou des Inuits, selon le barème d'honoraires, de taux de remboursement des déplacements et des politiques. Sélectionnez ci-dessous si vous souhaitez être considéré par un tel arrangement.

Je souhaite être considéré ► **Note:** On pourrait communiquer avec vous pour en discuter davantage.

Renseignements professionnels

Désignation professionnelle : Je suis inscrit auprès d'un organisme de réglementation légiféré en tant que :

- Psychologue agréé Travailleur social agréé Infirmier psychiatrique agréé
 Psychothérapeute agréé Autres conseillers professionnel agréé par un organisme de réglementation légiféré

Si "Autre" (veuillez préciser) : _____

- L'utilisation de ces désignations est protégée par une *loi provinciale ou territoriale*.
 ► L'enregistrement professionnelle doit permettre une pratique clinique indépendante.

Études : Baccalauréat Maîtrise Doctorat

Je ne suis pas inscrit auprès d'un organisme de réglementation légiféré. Je souhaite être considéré comme un fournisseur d'exception.

Nom du conseiller	Nom de l'organisme de réglementation	Numéro d'inscription

Veuillez joindre une copie confirmant l'obtention d'un permis auprès de l'organisme de réglementation ainsi qu'une copie de votre CV. Chaque conseiller qui fournit des services aux clients admissibles aux SSNA et au PSS RQPI doit fournir ces renseignements et joindre d'autres pages au besoin.

Documents à l'appui

Titre	Mode de transmission

Vérification du casier judiciaire

J'ai fourni une vérification policière à mon organisme de réglementation dans le cadre de mon agrément professionnel ► Oui Non

Si votre organisme de réglementation n'exige pas une vérification de casier judiciaire, vous pourriez être invité à en fournir une à SAC à vos frais.

Engagements actuels en counseling en santé mentale – Veuillez donner une liste des autres programmes fédéraux, provinciaux, territoriaux et communautaires de santé mentale avec lesquels vous avez une relation financière, y compris les arrangements en nature.



Renseignements supplémentaires (s'il y a lieu)

Veillez noter que les coordonnées de votre bureau, votre titre professionnel et votre éducation / expérience, ainsi que les renseignements suivants peuvent être transmis aux clients ou aux communautés dans le but d'aider à trouver un fournisseur inscrit.

Je m'identifie volontairement en tant que personne autochtone.

Compétence culturelle et expérience avec les Premières Nations et les Inuits

La réalité des traumatismes intergénérationnels pour la santé mentale et des traumatismes culturels subis par des membres des Premières Nations et des Inuits a créé un grand besoin de sécurité culturelle chez les membres de ces communautés. Par conséquent, de nombreux membres des Premières Nations et des Inuits peuvent chercher des possibilités de counseling fourni de façon à respecter leur culture pour arriver à un bien-être mental.

Documents à l'appui

Titre	Mode de transmission

Domaines d'expertise (sélectionner tout ce qui s'y rapporte)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Intervention en situation de crise | <input type="checkbox"/> Violence : sexuelle, physique, psychologique | <input type="checkbox"/> Deuil |
| <input type="checkbox"/> Perte | <input type="checkbox"/> Soins tenant compte des traumatismes subis | <input type="checkbox"/> Autodestruction ou automutilation |
| <input type="checkbox"/> Crises de panique | <input type="checkbox"/> Toxicomanie | <input type="checkbox"/> Violence, en tant que témoin |
| <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Perte traumatique |
| <input type="checkbox"/> Pensionnats indiens | <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Télésanté |
| <input type="checkbox"/> Estime de soi et confiance en soi | <input type="checkbox"/> Violence/traumatisme pendant l'enfance | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

Clients

Veillez sélectionner les clientèles que vous desservez dans votre pratique actuelle :

- Enfants Adolescents Adultes Personnes âgées Familles Groupes



Modalités

1. Je comprends que cette Entente de fournisseur vise la soumission et le paiement de factures pour des services des SSNA et du PSS-RQPI. Je ne suis pas un entrepreneur ni un fournisseur de services de SAC. Je ne dois pas me présenter comme un agent ou un représentant de SAC en ce qui a trait aux services fournis aux clients des SSNA et du PSS-RQPI.
2. Je me conformerai aux modalités du Guide du programme de services de counseling en santé mentale des SSNA et du PSS-RQPI, lequel est régulièrement mis à jour et est affiché sur le site Web de SAC, dans la prestation de services aux clients des SSNA et du PSS RQPI et la facturation à SAC.
3. Dans les cas où un client des SSNA est couvert par l'entremise d'un autre régime de santé (régime de santé mentale provincial, territorial ou privé), je ne chercherai pas à obtenir une approbation préalable et je ne soumettrai aucune facture aux SSNA pour quelque service que ce soit avant que le client des SSNA ou du PSS RQPI n'ait été orienté vers un autre service ou programme de counseling, ou que ma facture pour les services rendus n'ait été soumise à l'autre régime de santé.
4. Je confirme que les services de counseling des SSNA ou du PSS RQPI ne doivent être fournis que par des professionnels inscrits auprès d'un ordre professionnel provincial ou territorial en psychologie, en travail social ou en counseling en santé mentale, et à titre exceptionnel, par d'autres professionnels approuvés par SAC.
5. J'accepte de fournir tous les services conformément aux lois et règlements applicables, y compris la possession des licences, des certificats ou des permis, la tenue de dossiers cliniques et la possession d'une assurance responsabilité nécessaires pour me permettre de fournir des services de counseling en santé mentale, et ce, en toute légalité.
6. Je confirme que l'information contenue dans cette Entente de fournisseur, y compris toutes les pièces jointes, est exacte, complète et à jour, et que SAC peut valider en tout temps mon agrément auprès de l'association professionnelle applicable. J'informerai immédiatement SAC de la suspension ou de la fin de mon inscription auprès de cette association professionnelle.
7. J'accepte de fournir à SAC tous les documents à l'appui demandés pour vérifier ou examiner mes factures soumises à SAC aux fins de paiement afin de s'assurer de la conformité aux modalités du programme applicable. Je collaborerai avec SAC dans le cadre de toute vérification ou de tout examen du genre et je fournirai toute information ou tout document demandé, conformément aux lois, aux règlements et aux normes professionnelles applicables. Je comprends que SAC exigera le remboursement de tout montant qui, selon le processus de vérification de SAC, a été versé de manière inappropriée, conformément aux modalités du programme applicable, et que SAC peut déduire ces montants de toute somme qui m'est due ou prendre des mesures pour m'obliger à les payer.
8. Je comprends que cette Entente sera résiliée immédiatement si l'on juge que j'ai soumis de fausses factures ou commis une faute professionnelle ou fait preuve d'incompétence dans ma pratique. Dans de tels cas, SAC communiquera avec le corps policier ou l'organisme de réglementation professionnel approprié.
9. Je comprends que cette Entente peut être révoquée en tout temps par moi-même ou par SAC, sans justification, par l'envoi d'un avis de résiliation écrit 45 jours à l'avance.
10. Ce formulaire, une fois rempli, signé et présenté, puis accepté par SAC à la suite de l'inscription du fournisseur, constituera un accord juridique exécutoire entre les parties, pour la présentation et le paiement des factures pour des services de counseling en santé mentale fournis aux clients admissibles aux SSNA ou au PSS RQPI.

Fournisseur

Nom (en caractères d'imprimerie)	Signature (pas d'estampe)		
Titre ou poste	N° de téléphone	Extension	Date (AAAAMMJJ)



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>