



Vos services de santé

Guide des Premières nations pour l'accès
aux Services de santé non assurés



Santé
Canada

Health
Canada



Le présent guide est publié conjointement par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada et l'Assemblée des Premières Nations (APN). Il décrit les prestations offertes par le Programme des services de santé non assurés (SSNA). Cette publication ne constitue pas une ratification des politiques et des critères des SSNA par l'APN.

Santé Canada est le ministère fédéral qui aide les Canadiennes et les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé. Nous évaluons l'innocuité des médicaments et de nombreux produits de consommation, aidons à améliorer la salubrité des aliments et offrons de l'information aux Canadiennes et aux Canadiens afin de les aider à prendre de saines décisions. Nous offrons des services de santé aux peuples des Premières nations et aux communautés inuites. Nous travaillons de pair avec les provinces pour nous assurer que notre système de santé répond aux besoins de la population canadienne.

Publication autorisée par le ministre de la Santé.

Vos services de santé : guide des Premières nations pour l'accès aux Services de santé non assurés est disponible sur Internet à l'adresse suivante :
www.santecanada.gc.ca/ssna

Also available in English under the title:

Your Health Benefits – A Guide for First Nations to Access Non-Insured Health Benefits

La présente publication est disponible sur demande sous d'autres formes.

Pour obtenir plus de renseignements ou des copies supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Publications

Santé Canada

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : (613) 954-5995

Télééc. : (613) 941-5366

Courriel : info@hc-sc.gc.ca

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de Santé Canada, 2011

© Assemblée des Premières nations

Tous droits réservés. Il est interdit de reproduire ou de transmettre l'information (ou le contenu de la publication ou du produit), sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, reproduction électronique ou mécanique, photocopie, enregistrement sur support magnétique ou autre, ou de la verser dans un système de recherche documentaire, sans l'autorisation écrite préalable du ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0S5 ou copyright.droitd'auteur@pwgsc.gc.ca.

HC Pub. : 11007

Papier : Cat. : H34-230/2011F

ISBN: 978-1-100-96961-9

PDF : Cat. : H34-230/2011F-PDF

ISBN: 978-1-100-96962-6

SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS (SSNA)

À quels genres de prestations de santé les membres admissibles des Premières nations peuvent-ils avoir accès en vertu du Programme des SSNA?

Table des matières

Introduction	2
Le Programme des services de santé non assurés	2
Le Secrétariat à la santé et au développement social de l'Assemblée des Premières Nations	3
Prestations	
1. Soins de la vue	4
2. Prestations dentaires	8
3. Transport pour raison médicale	15
4. Prestations sur les médicaments	21
5. Équipement médical et fournitures médicales (EMFM)	24
6. Services d'intervention en santé mentale en situation de crise à court terme	27
7. Services de santé approuvés à l'extérieur du Canada	29
Plus d'information	
8. Procédure pour appels	31
9. Protection des renseignements personnels	35
10. Les navigateurs régionaux sont ici pour vous aider!	37

INTRODUCTION

Le présent guide vise à fournir aux membres des Premières nations des renseignements sur les médicaments d'ordonnance et en vente libre, les services dentaires, les soins de la vue, l'équipement médical et les fournitures médicales, les services d'intervention en santé mentale en situation de crise à court terme et les services de transport pour raison médicale qui sont couverts pour les membres admissibles des Premières nations par le Programme des SSNA.

LE PROGRAMME DES SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS

Le Programme des services de santé non assurés (SSNA) est un programme national destiné à aider les membres admissibles des Premières nations et les Inuits reconnus à atteindre un état de santé comparable à celui des autres Canadiens. Ce Programme couvre une gamme définie de produits et de services médicalement nécessaires auxquels les clients ne sont pas admissibles en vertu d'autres régimes et programmes. Dans les cas où une prestation est couverte en vertu d'un autre régime de soins de santé, le Programme des SSNA veillera à coordonner le paiement des prestations admissibles.

Selon le gouvernement du Canada, les programmes et services de santé courants, y compris les Services de santé non assurés, sont offerts aux Premières nations et aux Inuits conformément à la politique nationale et non à la suite d'obligations constitutionnelles ou d'autres obligations juridiques. Les Premières nations soutiennent que les services de santé constituent un droit inhérent des Autochtones issu des traités et sont protégés par la Constitution.

Si vous voulez obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec le bureau régional de Santé Canada ou avec l'autorité de santé désignée des Premières nations. Veuillez consulter les coordonnées fournies à la fin de ce guide.

LE SECRÉTARIAT À LA SANTÉ ET AU DÉVELOPPEMENT SOCIAL DE L'ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS

L'Assemblée des Premières Nations (APN) a pour mandat de protéger, maintenir, promouvoir, soutenir et défendre les droits inhérents, constitutionnels et issus de traités, la santé holistique et le bien-être des Premières nations. Pour cela, l'organisme analyse les politiques, communique et milite au nom des communautés et des membres des Premières nations afin de s'assurer que leur soient offerts des services et des programmes adéquatement financés et de niveau équivalent ou supérieur à ceux offerts à l'ensemble des Canadiens.

Le Secrétariat à la santé et au développement social de l'Assemblée des Premières Nations s'assure que tous les citoyens des Premières nations, peu importe leur lieu de résidence, ont accès aux services de santé de qualité offerts par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada incluant les Services de santé non assurés <http://www.afn.ca/index.php/fr/secteurs-de-politique/secretariat-a-la-sante-et-au-developpement-social>

- L'APN continue de militer au nom de ses membres en faveur d'un meilleur accès aux soins et aux services de santé. Pour des questions ou préoccupations qui ne sont pas mentionnées dans ce guide concernant le Programme des services de santé non assurés vous pouvez contacter le Secrétariat à :

Assemblée des Premières Nations (APN)

Secrétariat à la Santé

810-473 rue Albert

Ottawa, ON K1R 5B4

téléphone : (613) 241-6789 poste 240

ligne sans frais : 1-866-869-6789

1. SOINS DE LA VUE

Qu'est-ce qui est couvert?

Les services suivants sont couverts par le Programme des SSNA, sauf s'ils sont fournis comme services assurés par la province ou le territoire (p. ex. examens de la vue offerts aux enfants, aux personnes âgées et aux clients diabétiques dans certaines provinces ou territoires). Dans le cas des prestations énumérées ci-après, le remboursement est fait au fournisseur ou au client. Tous les soins de la vue exigent une autorisation préalable du bureau régional de Santé Canada.

Examens généraux de la vue

- Tous les 24 mois pour les personnes de 18 ans et plus.*
 - Tous les 12 mois pour les personnes de moins de 18 ans.
 - En cas de changement ou de correction de la vue.
- *Les personnes atteintes de diabète sont admissibles à un examen complet de la vue tous les 12 mois. Un médecin peut recommander des examens de suivi supplémentaires.

Examens spécifiques ou partiels de la vue

- Peuvent être approuvés au cas par cas pour des problèmes médicaux particuliers.
- En cas d'anomalie grave d'ordre oculaire ou visuel motivant une évaluation approfondie au moyen de tests spécifiques. En cas, par exemple, de problème médical résultant du diabète.

Examens de suivi

- Peuvent être approuvés au cas par cas.

Examens partiels et à procédure unique

- S'ils sont requis pour certains troubles oculaires ou visuels.
- Examens spécifiques de la vue pour les diabétiques ou pour d'autres problèmes médicaux documentés.

Première paire de lunettes

- Avec une ordonnance écrite délivrée par un optométriste ou un ophtalmologiste.
 - Sera approuvée moyennant une ordonnance de correction sphérique d'au moins + ou - 0,50 dioptrie.
 - Lentilles et montures jusqu'à un montant maximum déterminé par le bureau régional de Santé Canada.
 - Lentilles : unifocales (vue de loin ou de près), asphériques, bifocales ou à indice élevé. Certaines restrictions s'appliquent.
 - Les ordonnances datant de plus d'un (1) an, mais de moins de deux (2) ans, seront examinées au cas par cas.
-

Lunettes/lentilles de remplacement	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les 24 mois pour les personnes de 18 ans et plus. • Tous les 12 mois pour les personnes de moins de 18 ans. • Lentilles de remplacement durant la période de 24 mois en cas de changement important de la vue. • Lentilles : unifocales (vue de loin ou de près), sphériques, bifocales ou à indice élevé. Certaines restrictions s'appliquent.
---	---

Réparations de lunettes	<ul style="list-style-type: none"> • Le coût total de la réparation ne doit pas dépasser le coût de remplacement de montures standards.* • Une réparation majeure et une réparation mineure durant la période de remplacement des lunettes (12 ou 24 mois). <p>*Les montures ou les lentilles de remplacement ne constituent pas des réparations.</p>
--------------------------------	---

Rappel

1. Les règles relatives à ce qui est couvert peuvent varier d'une région à une autre.
2. Une autorisation préalable est nécessaire dans tous les cas pour avoir accès aux prestations offertes en vertu de la Politique sur les soins de la vue.

Qui peut fournir ces soins?

- Les optométristes autorisés
- Les ophtalmologistes (spécialistes de la vue)
- Les opticiens (qui préparent les lunettes qui ont été prescrites)

Exceptions ou cas spéciaux

Dans **tous les cas** décrits ci-dessous, une autorisation préalable et une ordonnance écrite délivrée par le professionnel de la santé et indiquant une justification médicale appropriée sont nécessaires.

Clients ayant une vision monoculaire	<ul style="list-style-type: none"> • Lentilles en polycarbonate ou autres montures et lentilles de sécurité.
---	---

Lunettes de remplacement	<ul style="list-style-type: none"> • Les remplacements en cas de bris, de dommages ou de perte exigent une justification et une preuve écrites, par exemple un rapport d'accident ou de police.
---------------------------------	--

Lentilles cornéennes	<ul style="list-style-type: none"> • Lorsqu'elles sont médicalement nécessaires conformément à une ordonnance pour régler un problème oculaire d'ordre médical. (Les problèmes en raison desquels les lentilles cornéennes sont <i>médicalement nécessaires</i> comprennent, mais sans s'y limiter : l'astigmatisme, l'anisométrie ou l'antimétrie, les irrégularités de la cornée et le traitement de certaines pathologies oculaires.) • Les lunettes de secours sont également couvertes.
Remplacements de lentilles cornéennes	<ul style="list-style-type: none"> • Une (1) paire de lentilles cornéennes (ordinaires souples, perméables aux gaz et rigides) tous les 24 mois. • Lorsqu'elles sont médicalement nécessaires conformément à une ordonnance pour un problème oculaire d'ordre médical. • Lentilles cornéennes de remplacement si l'ordonnance indique un changement de + ou - 0,50 dioptrie.
Essai de lentilles bifocales	<ul style="list-style-type: none"> • Port de lentilles bifocales à plein temps pendant trois (3) mois à titre d'essai. Si l'essai échoue, les montures seront utilisées pour la fabrication de lunettes de lecture et une autre paire de lunettes pour la vision de loin pourra être délivrée. Des documents médicaux sont nécessaires.
Teintes et traitements pour les lentilles	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement antireflet – si le client a droit à des lentilles à indice élevé. • Traitement anti-égratignures – pour les lentilles en polycarbonate, les lentilles à indice élevé et les lunettes pour enfants. • Teintes – dans certains cas comme l'albinisme, l'aniridie et certaines affections chroniques du segment antérieur de l'œil à l'origine d'une photophobie. Des documents médicaux sont nécessaires. • Filtre à ultraviolet – dans certains cas comme l'aphakie, les cataractes, la dégénérescence ou la dystrophie rétinienne, ou la photosensibilité.
Montures	<p>Évaluations au cas par cas aux fins d'approbation pour les montures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Montures souples (pour les personnes atteintes d'un trouble neurologique); • Montures et lentilles unifocales (deuxième paire) pour les personnes qui ne peuvent pas porter de lentilles bifocales; • Montures surdimensionnées – plus de 57 mm.

Ce qui n'est pas couvert/exclusions

- Produits et services pour les soins de la vue couverts par les régimes d'assurance-maladie provinciaux/territoriaux
- Étuis supplémentaires pour les lunettes ou les lentilles cornéennes
- Trousse de nettoyage
- Produits esthétiques
- Shampoings (p. ex. des shampoings du type « sans larmes »)
- Examens de la vue nécessaires à l'obtention d'un emploi, d'un permis de conduire ou d'une autorisation de pratiquer un sport
- Examens de la vue effectués à la demande d'un tiers dans le but, par exemple, de rédiger un rapport ou de remplir un certificat médical
- Lentilles cornéennes à des fins esthétiques
- Solutions pour lentilles cornéennes
- Lunettes de sécurité ou lentilles pour le sport ou pour un usage professionnel
- Lunettes de soleil sans ordonnance
- Lentilles progressives ou trifocales
- Lentilles photochromiques
- Remplacements ou réparations en cas de mauvais usage, de manque de soin ou de négligence
- Implants (p. ex. occlusion ponctuelle)
- Chirurgie réfractive au laser
- Traitements faisant l'objet de recherches ou d'expériences
- Entraînement visuel

Information supplémentaire

- Consultez le Cadre de travail sur les soins de la vue sur le site Web suivant : <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/nihb-ssna/index-fra.php#eye-yeux>
- Communiquez avec le bureau régional de Santé Canada ou avec l'autorité de santé désignée des Premières nations. Veuillez consulter les coordonnées fournies à la fin de ce guide.

2. PRESTATIONS DENTAIRES

Qu'est-ce qui est couvert?

Les services dentaires couverts par le Programme des SSNA sont divisés selon deux (2) listes :

- La **liste A** répertorie les services qui peuvent être fournis sans *prédétermination dans les limites du Programme des SSNA;
- La **liste B** répertorie les services qui requièrent une prédétermination.

* La prédétermination est définie à la page 12.

Dans le cas des services qui suivent, le traitement est payé au fournisseur/clients/tiers. Certaines prestations dentaires indiquées ci-dessous requièrent une prédétermination du bureau régional de Santé Canada ou du Centre de révision en orthodontie.

Services diagnostiques (examens et radiographies)

Examens :

- Moins de 17 ans : admissible à un maximum de quatre (4) examens au cours d'une période de 12 mois.
- 17 ans et plus : admissible à un maximum de trois (3) examens au cours d'une période de 12 mois.

Radiographies :

- Admissible à six (6) radiographies au cours d'une période de 12 mois.
 - Admissible à une (1) radiographie panoramique au cours d'une période de 120 mois (10 ans) sans prédétermination; maximum de 2 fois au cours d'une vie.
-

Services de prévention

Détartrage (nettoyage)/surfaçage radiculaire (nettoyage en profondeur) :

- Moins de 12 ans : admissible à une (1) unité (15 minutes) au cours d'une période de 12 mois sans prédétermination.
- 12 ans et plus : admissible à un maximum de quatre (4) unités au cours d'une période de 12 mois sans prédétermination.
- À titre exceptionnel, un maximum de 16 unités supplémentaires peuvent être couvertes lorsque le patient présente une maladie parodontale chronique, qu'il a effectué un programme d'entretien et que des secteurs de maladie réfractaire subsistent.

Scellants/restaurations préventifs en résine :

- Moins de 14 ans : les dents admissibles sont les molaires permanentes à éruption complétée et les incisives supérieures (quatre dents avant du haut et du bas).

Application topique de fluorure :

- Moins de 17 ans : admissible deux (2) fois au cours d'une période de 12 mois.

Polissage :

- Moins de 17 ans : admissible deux (2) fois au cours d'une période de 12 mois.
- 17 ans et plus : admissible une (1) fois au cours d'une période de 12 mois.

Services de restauration (obturations)

Obturations :

- Le coût maximal admissible pour les obturations en amalgame et en composite est jusqu'à concurrence du tarif d'une restauration de cinq (5) surfaces par dent.
- Le maximum admissible pour les dents primaires/dents de lait équivaut au coût d'une couronne en acier inoxydable ou en polycarbonate.
- Les incisives primaires ne sont couvertes que pour les enfants de moins de 5 ans.
- Les amalgames collés sont couverts selon le taux pour un équivalent non collé.
- Les obturations de remplacement effectuées à l'intérieur d'une période de deux ans font l'objet d'une interrogation.
- Tenons dentinaires, corps coulés et pivots : un (1) tous les 36 mois; une prédétermination est requise.
- L'odontologie pédiatrique (traitement par un spécialiste en soins dentaires pour enfants) est une prestation accessible aux enfants.

Couronnes :

- Les couronnes doivent faire l'objet d'une prédétermination et être conformes à la politique du Programme des SSNA concernant les couronnes.

**Services
endodontiques**
(traitements
de canal)

Traitements de canal antérieurs (dents avant) :

- Les traitements de canal des dents antérieures peuvent être effectués sans prédétermination; toutefois, la politique du Programme des SSNA sur l'endodontie doit être respectée.

Traitements de canal postérieurs (prémolaires et molaires) :

- Les traitements de canal des dents postérieures doivent faire l'objet d'une prédétermination et être conformes à la politique du Programme des SSNA concernant l'endodontie.

Pulpotomies et pulpectomies (traitements effectués surtout sur les dents primaires) :

- Dents primaires postérieures (canines et molaires) : admissibles sans prédétermination.
- Les pulpotomies et les pulpectomies ne sont pas admissibles pour les dents 51, 52, 61, 62, 71, 72, 81, 82 (les dents de bébé d'en avant).

Intervention chirurgicale et drainage (service d'urgence pour soulager la douleur) :

- Admissible sans prédétermination.

**Services
prosthodontiques
amovibles**
(dentiers, partiels)

- Les prothèses dentaires (complètes et partielles) sont admissibles une (1) fois au cours d'une période de huit (8) ans. Une prédétermination est requise.
 - Sont inclus des soins post-insertion durant trois (3) mois, y compris les ajustements et les modifications.
 - Pour les prothèses urgentes (à la suite d'une chirurgie), un regarnissage additionnel est permis.
 - Une justification est exigée si un remplacement est nécessaire à l'intérieur d'une période de huit (8) ans.
 - Les appareils qui remplacent une seule dent postérieure manquante ne sont pas couverts en vertu du Programme des SSNA.
-

**Services
orthodontiques**
(broches)

Le Programme des SSNA couvre un éventail limité de soins orthodontiques, et les clients doivent satisfaire aux critères cliniques et aux lignes directrices du Programme pour que le traitement d'orthodontie soit couvert. Les soins orthodontiques comportent trois (3) éléments :

1. Des anomalies craniofaciales comme le bec-de-lièvre et la fissure du palais, associées à une malocclusion dentaire importante causant une incapacité fonctionnelle et pour lesquelles il n'y a aucune limite d'âge.
2. Intervention en orthodontie précoce durant la transition entre les dents primaires et la dentition définitive, associée à une malocclusion dentaire importante causant une incapacité fonctionnelle pour les clients de moins de 18 ans.
3. Traitement complet pour une malocclusion dentaire importante causant une incapacité fonctionnelle, caractérisée par une combinaison de relations défavorables importantes entre les mâchoires supérieures et inférieures et les dents entre elles. Les clients admissibles doivent être âgés de moins de 18 ans.

*Une relation causant une incapacité fonctionnelle est une relation qui entraîne des conséquences dommageables (comme un traumatisme des dents et des gencives).

Pour de plus amples renseignements, consultez le Bulletin orthodontique des SSNA à l'adresse : http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/nihb-ssna/_dent/2004-08-ortho/index-fra.php ou communiquez avec un responsable du bureau régional de Santé Canada ou du Centre de révision en orthodontie.

**Services de
chirurgie buccale**
(extraction)

- Les extractions simples font partie du traitement de base et ne requièrent pas de prédétermination.
- Les extractions complexes ou avec chirurgie requièrent une prédétermination.

**Services
complémentaires**
(sédation)

- Les services d'anesthésie générale et de sédation sont normalement limités aux enfants de moins de 12 ans. Une prédétermination est exigée pour ce service.
 - L'admissibilité varie selon les régions en fonction des services et des règlements des gouvernements provinciaux et territoriaux.
 - L'anesthésie générale ou la sédation ne sont pas couvertes pour calmer l'angoisse de patients âgés de 12 ans et plus. Des exceptions sont possibles si le client souffre d'un problème d'ordre médical ou d'une déficience physique.
-

Rappel

1. Les règles relatives à ce qui est couvert peuvent varier d'une région à une autre en fonction des services assurés par les provinces et territoires.
2. Une prédétermination est requise pour avoir accès aux services de la liste B et à certains services dentaires de la liste A dont la fréquence dépasse les limites d'admissibilité.

Liste A	Liste B	Liste C
Catégories de services dentaires qui n'exigent pas une prédétermination mais peuvent avoir des limites de fréquence.	Catégories de services dentaires qui exigent une prédétermination.	Exclusions Catégories de services dentaires qui dépassent la portée du Programme des SSNA et ne peuvent donc pas faire l'objet d'un appel.
Exemples : Nettoyages Réparations de prothèses dentaires Examens Extractions (simples) Obturations Intervention chirurgicale et drainage (acte dentaire d'urgence) Traitements préventifs Traitements de canal (dents avant chez les adultes) Radiographies	Exemples : Couronnes Prothèses dentaires Extractions (complexes ou avec chirurgie) Services orthodontiques (broches) Traitements de canal des dents postérieures Sédation	Exemples : Services cosmétiques (facette, blanchiment) Réhabilitation exhaustive Appareils Halstrom (apnée du sommeil) Implants Augmentation de crête (pour l'ajustement des prothèses)

Veillez noter : Ces listes ne sont pas exhaustives. Même si la plupart des services des catégories précédentes sont couverts, selon les indications, il se peut que les services d'une catégorie donnée ne soient pas tous couverts conformément à la politique établie des SSNA. Si vous voulez savoir si un service particulier est couvert, communiquez avec un responsable du bureau régional de Santé Canada ou du Centre de révision en orthodontie.

Prédétermination :

- La prédétermination est un processus d'autorisation préalable au cours duquel on examine les cas en fonction des critères de la politique et des lignes directrices établies du Programme des SSNA. Une prédétermination ou une autorisation préalable est exigée pour certains services dentaires. Les actes dentaires plus complexes et les services dentaires dépassant les critères d'admissibilité requièrent une prédétermination. Par exemple : les couronnes, les prothèses dentaires et les traitements de canal sur certaines dents.

- Tous les cas exigeant une prédétermination doivent être communiqués par le cabinet du dentiste au bureau régional de Santé Canada approprié à des fins d'examen avant le début du traitement.
- Les demandes de soins orthodontiques doivent être envoyées au Centre de révision en orthodontie.
- Les demandes de prédétermination nécessitent des renseignements supplémentaires : radiographies, justification, fiche de traitement dentaire, etc. Ces renseignements peuvent varier selon le service dentaire requis.

Services dentaires d'urgence :

- Les services dentaires d'urgence ne requièrent pas de prédétermination. Ces services sont le diagnostic de problèmes dentaires graves, y compris les examens et radiographies connexes, les interventions visant à soulager immédiatement la douleur et à éliminer l'infection (pulpotomies et pulpectomies, intervention chirurgicale et drainage) ou à arrêter les hémorragies, et les soins préliminaires des traumatismes à la bouche.

Qui peut fournir des soins dentaires?

- Les praticiens autorisés à fournir des services dentaires à l'intérieur de leur champ d'activité dans leur province ou territoire et qui sont reconnus par le Programme des SSNA (comme les dentistes, les spécialistes en soins dentaires et les denturologistes).

À propos du processus

- Votre fournisseur de services dentaires a la liste complète des services admissibles (listes A et B).
- Le Programme des SSNA encourage fortement les fournisseurs à facturer directement leurs services au Programme des SSNA. Si votre fournisseur choisit de ne pas facturer directement ses services dentaires au Programme des SSNA, veuillez communiquer avec un responsable du bureau dentaire régional approprié de Santé Canada, qui pourra vous procurer la liste des autres fournisseurs de votre secteur. Le dentiste a l'obligation de vous dire, à titre de client, si vous devrez payer les services et ce, avant le début du traitement.
- Tous les traitements de base (p. ex. les nettoyages, les obturations, les extractions) doivent être terminés avant l'envoi d'une demande relative à des services dentaires importants (p. ex. couronnes, prothèses dentaires partielles).
- Un professionnel des soins dentaires examine chaque demande sur une base individuelle, en fonction des critères suivants :
 - a. la santé buccodentaire du client, ses parodontopathies, ses antécédents;
 - b. les politiques, les lignes directrices et les critères établis du Programme des SSNA;

- c. les renseignements supplémentaires fournis par le fournisseur de services dentaires.
- La demande peut nécessiter des documents à l'appui; votre fournisseur de services dentaires doit envoyer ces renseignements au bureau régional de Santé Canada approprié ou au Centre de révision en orthodontie. Voici des exemples de documents à l'appui :
 - a. Plan de traitement complet
 - indication des obturations existantes et des obturations nécessaires
 - dents manquantes
 - b. Résultats d'examen
 - diagramme parodontal
 - c. Radiographies (date de service à l'intérieur d'une période d'une (1) année)
 - d. Dossiers d'orthodontie – modèles

Information supplémentaire

- Vous pouvez trouver de l'information sur le volet des services dentaires du Programme des SSNA à :
 - <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/nihb-ssna/benefit-prestation/dent/index-fra.php>
 - http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spni/pubs/dent/ortho-individual_beneficiaries/index_fra.html
- Soins d'orthodontie – Questions et réponses à l'intention des clients :
http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/nihb-ssna/_dent/2004_ortho-client-beneficiaires/index-fra.php
- Communiquez avec le bureau régional de Santé Canada ou le Centre de révision en orthodontie, ou encore avec l'autorité de santé désignée des Premières nations. Veuillez consulter les coordonnées fournies à la fin de ce guide.

3. TRANSPORT POUR RAISON MÉDICALE

Qu'est-ce qui est couvert?

Une aide aux clients pour le paiement des frais de transport pour se rendre au professionnel de la santé approprié ou à l'établissement de santé le plus près afin d'obtenir des services de santé admissibles et médicalement nécessaires qui ne sont pas dispensés dans la réserve ou dans la communauté où ils résident. Cela peut comprendre une aide pour les frais de repas et d'hébergement lorsque ces dépenses sont encourues lors du transport approuvé pour avoir accès à des services de santé médicalement nécessaires. Sauf dans les cas d'urgence, l'accès au transport pour raison médicale requiert une autorisation préalable.

Modes de transport

Transport par voie terrestre : véhicule privé, taxi commercial, véhicule et chauffeur à contrat, véhicule de la bande, autobus, train, motoneige-taxi ou ambulance.

Transport par voie navigable : bateau motorisé, bateau-taxi ou traversier.

Transport par voie aérienne : vols réguliers et nolisés, hélicoptère, ambulance aérienne ou Medevac lorsque les services ne sont pas assurés par la province.

- Il convient d'utiliser en tout temps le mode de transport le plus pratique et le plus économique selon l'urgence de la situation et l'état de santé du client. Les clients qui choisissent d'utiliser un autre moyen de transport doivent payer la différence de coûts.
- Lorsque des prestations de transport pour raison médicale planifiées et/ou coordonnées sont offertes, les clients qui choisissent d'utiliser un autre moyen de transport doivent assumer la totalité des coûts.

Coordination des déplacements

- Planifier des rendez-vous le même jour pour les clients qui vont au même endroit.
 - Lorsqu'un client a besoin de plus d'un rendez-vous médical, planifier tous les rendez-vous pour la même journée ou le même voyage.
 - Quand plus d'un client se déplace en utilisant le même véhicule, le remboursement se fera au taux d'un (1) seul déplacement.
-

Transport d'urgence

- Services ambulanciers lorsque requis et non assurés par la province (ambulance terrestre ou aérienne/Medevac).
- Les critères d'admissibilité diffèrent selon les régions en fonction des lois provinciales et territoriales.
- La rémunération des médecins ou des infirmières qui accompagnent les clients dans l'ambulance n'est pas couverte.
- Les entreprises détentrices de permis d'exploitation de services ambulanciers seront remboursées en fonction des modalités, des règles, des lignes directrices et/ou des processus régionaux.

Accès à des guérisseurs traditionnels

- Destination à l'intérieur de la province ou du territoire de résidence du client ou, si le guérisseur est à l'extérieur de la province ou du territoire du client, le déplacement est remboursé jusqu'à la frontière seulement.
- Le processus d'autorisation préalable tient compte des points suivants :
 - le fait que le guérisseur soit reconnu par le conseil de bande, le conseil tribal local ou le professionnel de la santé;
 - le lieu où se trouve le guérisseur;
 - une note d'un professionnel de la santé confirmant un problème d'ordre médical.
- Lorsque plus d'un (1) client requiert les services d'un guérisseur traditionnel, il peut être plus économique que le guérisseur traditionnel se déplace dans la communauté. Les honoraires associés à ce service, les dépenses relatives à la cérémonie et le coût des remèdes doivent être entièrement assumés par les clients.

Repas et hébergement

- Une aide peut être accordée pour les repas et l'hébergement lors de déplacement en vue d'obtenir des services de santé médicalement nécessaires.
 - Le montant couvert dépend des taux régionaux prédéterminés. Ces taux peuvent être obtenus auprès du bureau régional de Santé Canada.
 - Le mode d'hébergement le plus efficace et le plus économique sera choisi en tenant compte de l'état de santé du client, du lieu d'hébergement et des besoins de déplacement.
 - Les dispositions relatives à l'hébergement seront prises par un responsable du bureau régional ou du bureau de zone de Santé Canada ou par une autorité de santé des Premières nations. Les clients pourraient avoir à assumer la totalité des frais s'ils n'ont pas obtenu une autorisation préalable ou, s'ils obtiennent une autorisation après le fait, ils pourraient avoir à payer la différence des coûts s'ils décident de prendre leurs propres dispositions.
 - Les frais de repas qui seront couverts sont déterminés en fonction du temps passé loin du domicile.
 - L'hébergement dans une maison privée peut être remboursé au taux régional.
-

Repas et hébergement

(suite)

- Hébergement à l'hôtel : seuls le coût de la chambre et les taxes sont couverts. Les autres dépenses sont aux frais du client.
- Lorsqu'un client est tenu de demeurer à proximité du lieu du traitement médical pour une période prolongée, une aide financière pour le coût des repas, de l'hébergement et du transport urbain pour accéder aux soins ou au traitement médicalement nécessaires peut être accordée pendant une période de transition maximale de trois mois.

Accompagnateurs (Généralités)

- Les frais de transport, d'hébergement et de repas d'accompagnateurs médicaux ou non médicaux peuvent être inclus
- Une autorisation préalable est requise, et la période pendant laquelle le service d'un accompagnateur est requis est déterminée par la condition médicale du client ou par des exigences d'ordre juridique.

Critères d'autorisation d'un accompagnateur

- Le client présente une déficience physique ou mentale, ou a légalement été déclaré « mentalement inapte », et n'est donc pas en mesure de se déplacer sans aide.
- Le client présente une incapacité d'ordre médical.
- Il est nécessaire d'obtenir le consentement légal d'un parent ou d'un tuteur.
- Pour l'accompagnement d'un mineur qui obtient des services de santé nécessaires.
- Lorsqu'il y a une barrière linguistique et/ou que les services d'un interprète ne sont pas accessibles.
- Pour recevoir des instructions concernant les procédures particulières et essentielles relatives aux soins médicaux ou infirmiers dispensés à domicile, lorsque ces instructions ne peuvent être données uniquement au client.

Note : Lorsque la présence d'un accompagnateur a été autorisée, le choix de l'accompagnateur doit tenir compte des critères suivants.

L'accompagnateur doit :

- être un membre de la famille qui pourra signer les formulaires de consentement ou fournir des données sur les antécédents du patient;
 - être un membre digne de confiance de la communauté;
 - être physiquement capable de prendre soin de lui-même et du client sans avoir besoin de l'aide d'un accompagnateur pour lui-même;
 - pouvoir traduire efficacement d'un dialecte local vers le français ou l'anglais;
 - être capable de partager l'espace vital du client;
 - avoir à cœur le bien-être du client;
 - pouvoir servir de chauffeur lorsque le client ne peut pas se déplacer lui-même pour se rendre à un rendez-vous ou en revenir.
-

Traitement contre les toxicomanies

- Déplacement afin d'obtenir un traitement contre l'alcoolisme, la toxicomanie ou l'abus de solvants.
- Frais de déplacement couverts pour se rendre au plus proche établissement financé/désigné par le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) dans la province ou le territoire de résidence (quelques exceptions pour les traitements à l'extérieur de la province).
- Les clients sont tenus de respecter toutes les conditions d'admission du centre de traitement avant que le transport pour raison médicale soit autorisé.
- Le déplacement doit se faire par le moyen le plus économique et le plus pratique.
- Transport de membres de la famille lorsque leur participation est prévue, qu'elle fait partie intégrante du programme de traitement et qu'elle a été approuvée avant le traitement.
- Le déplacement n'est pas assuré si le client abandonne lui-même le traitement contre l'avis du conseiller du centre de traitement, avant d'avoir terminé le programme. Une exception est possible avec une justification adéquate dans certaines circonstances et l'approbation d'un responsable du bureau régional de Santé Canada.

Autres services de santé médicalement nécessaires

- Déplacement pour obtenir des services médicaux définis comme étant des services assurés dans le cadre des régimes de santé provinciaux ou territoriaux (p. ex. les rendez-vous chez un médecin, les soins hospitaliers).
 - Tests diagnostiques et traitements médicaux assurés par les régimes de santé provinciaux ou territoriaux.
 - Accès à d'autres services approuvés par les SSNA (soins de la vue, services dentaires et services de santé mentale).
-

Rappel

1. Les règles relatives à ce qui est couvert peuvent varier d'une région à une autre en fonction des services assurés par les provinces et territoires.
2. Une autorisation préalable est requise pour avoir accès à une prestation en vertu de la politique concernant le transport pour raison médicale.

Principes généraux

1. Les clients doivent obtenir une autorisation préalable pour avoir accès aux prestations de transport pour raison médicale.

2. Dans les cas d'urgence, en l'absence d'autorisation préalable, les dépenses peuvent être remboursées (il faut alors une justification médicale suffisante et une autorisation après le fait).
3. Les clients doivent fournir une preuve ou une confirmation de leur présence au rendez-vous provenant du fournisseur de soins de santé ou de son représentant.
4. Quand un client ne se présente pas à un rendez-vous prévu et qu'un service de transport pour raison médicale a été fourni, il peut être tenu d'assumer le coût du retour ou du prochain déplacement pour obtenir des services de santé médicalement nécessaires, à moins de produire une justification pour expliquer la raison pour laquelle il n'a pu aller au rendez-vous ou pour aviser le transporteur public de l'annulation.
5. Cette prestation peut être offerte quand le client est dirigé par l'autorité de soins de santé provinciale/territoriale vers un établissement à l'extérieur du Canada afin d'obtenir des services de santé médicalement nécessaires si de tels services sont assurés par un régime d'assurance-maladie provincial ou territorial. Consultez la section 7, Services de santé approuvés à l'extérieur du Canada.

Exceptions

(peuvent être autorisées à titre exceptionnel moyennant une justification)

- Les tests diagnostiques à des fins d'éducation (p. ex. examen de l'ouïe des enfants exigés par l'école).
- L'évaluation et le traitement en orthophonie lorsqu'ils sont en coordination avec un autre déplacement pour raison médicale autorisé par les SSNA pour obtenir un service assuré par la province ou le territoire.
- La prestation relative à l'équipement médical et aux fournitures médicales quand un ajustement est requis et qu'il ne peut se faire ni dans la réserve ni dans la communauté de résidence.
- Le transport pour la supervision de l'ingestion de la méthadone peut être couvert, jusqu'à concurrence de quatre (4) mois. Les prolongations avec une justification médicale peuvent être prises en considération.
- Les programmes de dépistage préventif subventionnés par une province ou par un territoire lorsqu'ils sont coordonnés avec d'autres déplacements pour raison médicale et que le coût des tests est assuré par le régime d'assurance-maladie provincial ou territorial.

Ce qui n'est pas couvert/exclusions

Certains types de déplacements, d'avantages et de services ne seront pas fournis en vertu du Programme des SSNA sous aucun prétexte et ne peuvent faire l'objet de la procédure d'appel des SSNA, incluant les suivants :

- Les déplacements et les prestations connexes (p. ex. les repas et l'hébergement, l'ambulance) lorsqu'ils relèvent de la responsabilité d'une autre partie ou sont fournis à titre de services assurés.
- Les déplacements pour des événements familiaux malheureux (p. ex. les visites de la famille, sauf si une autorisation préalable a été obtenue dans le cadre d'un traitement dans un établissement de réadaptation pour toxicomanes et alcooliques).
- Les déplacements des clients pris en charge par un établissement fédéral, provincial ou territorial (p. ex. les clients incarcérés).
- Une évaluation ou un traitement ordonné par un tribunal, ou constituant la condition d'une libération conditionnelle, coordonnée par le système de justice.
- Les déplacements des clients qui habitent à l'extérieur d'une réserve, à un endroit où les services de santé nécessaires sont accessibles localement.
- Les déplacements pour un examen médical demandé par une tierce partie.
- Le voyage de retour quand survient une maladie au cours d'un déplacement autre qu'un déplacement approuvé pour accéder à des services de santé médicalement nécessaires.
- Un déplacement à seule fin de prendre livraison de nouvelles ordonnances ou de renouvellements ou de produits pour les soins de la vue.
- Le paiement d'honoraires professionnels pour la rédaction d'une note ou d'un document par un médecin afin de justifier la prestation de services.
- Le déplacement vers un centre de jour pour adultes, un foyer de soins de relève et/ou une maison d'hébergement.

Information supplémentaire

- Consultez le site Web Prestations de transport pour raison médicale à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/nihb-ssna/benefit-prestation/medtransport/index-fra.php>
- Consultez le Cadre de travail sur le transport pour raison médicale à l'adresse qui suit : http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/nihb-ssna/_medtransp/2005_med-transp-frame-cadre/index-fra.php
- Communiquez avec le bureau régional de Santé Canada ou avec l'autorité de santé désignée des Premières nations. Veuillez consulter les coordonnées fournies à la fin de ce guide.

4. PRESTATIONS SUR LES MÉDICAMENTS

Qu'est-ce qui est couvert?

Lorsqu'ils ne sont pas couverts par un autre programme ou régime, les articles admissibles sont payés directement au fournisseur approuvé par les SSNA ou remboursés au client aux taux des SSNA dans les catégories suivantes.

Médicaments d'ordonnance	<ul style="list-style-type: none">• Médicaments qui exigent une ordonnance d'un prescripteur autorisé.• Médicaments qui figurent sur la Liste des médicaments à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/nihb-ssna/provide-fournir/pharma-prod/med-list/index-fra.php
Médicaments en vente libre	<ul style="list-style-type: none">• Médicaments en vente libre et produits de santé qui figurent sur la Liste des médicaments, qui n'exigent pas d'ordonnance en vertu des lois provinciales ou fédérales, mais qui en exigent une pour être couverts par le Programme des SSNA.
Médicaments couverts sans restriction	<ul style="list-style-type: none">• Médicaments qui figurent sur la Liste des médicaments des SSNA et pour lesquels il n'existe aucun critère d'admissibilité ni aucune obligation d'autorisation préalable.
Médicaments à usage restreint	<ul style="list-style-type: none">• Autorisation pour certains groupes de clients, notamment :<ul style="list-style-type: none">– multivitamines pour les enfants de 6 ans et moins;– suppléments prénataux et vitamines pour les femmes de 12 à 50 ans.• Médicaments pour lesquels on a établi une limite quant aux quantités fournies ou à la fréquence d'utilisation. Une quantité maximale de médicament est permise au cours d'une période donnée. Par exemple, un client peut recevoir un approvisionnement de 3 mois d'un produit d'abandon du tabagisme qui peut être renouvelé 12 mois après la date d'exécution initiale de l'ordonnance.• Médicaments qui exigent une autorisation préalable, pour lesquels des critères particuliers ont été établis et qui doivent être confirmés par un formulaire de demande de médicaments à usage restreint complété par un médecin.
Patients atteints d'insuffisance rénale chronique	<ul style="list-style-type: none">• Ont droit de recevoir des médicaments supplémentaires qui ne figurent pas sur la Liste des médicaments des SSNA, mais qui sont nécessaires à long terme.<ul style="list-style-type: none">– Cela comprend : l'époïétine alpha, les produits contenant du calcium, les multivitamines spécialement formulées pour les clients souffrant de problèmes rénaux et certains suppléments nutritifs.• Les clients seront identifiés grâce au processus habituel d'autorisation préalable.

Liste de médicaments pour les soins palliatifs

- Les clients qui ont reçu un diagnostic de maladie terminale et qui sont en fin de vie ont droit de recevoir des médicaments supplémentaires qui ne figurent pas sur la Liste des médicaments des SSNA, mais qui sont nécessaires aux soins palliatifs.
 - Les clients seront identifiés grâce au processus habituel d'autorisation préalable.
-

Rappel

1. Les règles relatives à ce qui est couvert peuvent varier d'une région à une autre en fonction des services assurés par les provinces et territoires.
2. Une autorisation préalable est nécessaire à l'obtention de certains médicaments en vertu de la politique concernant les médicaments.

Principes généraux

1. La politique des SSNA consiste à rembourser seulement le produit de substitution offrant le meilleur rapport qualité-prix dans un groupe de produits pharmaceutiques interchangeable, de manière à couvrir « le médicament de substitution le moins coûteux », appelé couramment *médicament générique*. Toutefois, un produit de substitution comme un médicament de marque peut être couvert si le client a eu des réactions indésirables au médicament générique.
2. Pour des raisons de santé et de sécurité, des doses maximales ont été fixées pour certains médicaments.
3. Les médicaments admissibles sont ceux qu'on peut se procurer dans les pharmacies et dont l'administration à domicile ou dans un autre milieu ambulatoire exige une ordonnance. Les milieux de soins ambulatoires sont des environnements qui ne sont pas un « établissement financé par le gouvernement provincial/territorial (hôpital, institution) ou par des programmes provinciaux/territoriaux, ni une clinique au sens des lois provinciales/territoriales ».

Autorisation préalable

Une autorisation préalable est nécessaire pour tous les médicaments d'exception et pour certains médicaments à usage restreint.

- Lorsqu'une autorisation préalable est requise pour un médicament, le pharmacien doit communiquer avec le Centre d'exceptions pour médicaments des Services de santé non assurés.
- Lorsqu'un médicament nécessitant une autorisation préalable est requis dans une situation d'urgence et qu'un examen opportun par le Centre d'exceptions pour médicaments des Services de santé non assurés n'est pas possible, le pharmacien peut, pour certains médicaments, délivrer une dose initiale du traitement.
- Le pharmacien doit communiquer dès que possible avec le Centre d'exceptions pour médicaments de sorte que l'autorisation soit antidatée pour permettre la couverture

de l'approvisionnement d'urgence. Le processus d'autorisation préalable habituel doit être suivi pour toute la livraison ultérieure du médicament.

Qui peut prescrire des médicaments?

- Les médecins
- Les praticiens reconnus par le Programme des SSNA qui sont détenteurs d'un permis d'exercice et autorisés à prescrire des médicaments dans le cadre de la pratique professionnelle de leur province ou territoire.

Exceptions

1. Les médicaments qui ne figurent pas sur la Liste des médicaments et ne font pas partie des médicaments jugés exclus peuvent être approuvés au cas par cas lorsqu'un besoin exceptionnel est démontré.
2. Le prescripteur doit établir ce besoin en complétant le formulaire de demande d'exception.
3. Si la demande est refusée, le client peut en appeler de la décision (voir la section 8, Procédure pour appels).
4. Dans le cas de médicaments pour lesquels on a établi une limite quant aux quantités fournies et à la fréquence d'utilisation, une demande peut être considérée si les besoins du client dépassent le maximum admissible.

Ce qui n'est pas couvert/exclusions

- Produits utilisés en médecine parallèle (p. ex. glucosamine et huile d'onagre)
- Médicaments anti-obésité
- Cosmétiques
- Préparations contre la toux contenant de la codéine
- Darvon[®] et 642[®] (propoxyphène)
- Médicaments en cours d'expérimentation clinique
- Médicaments utilisés pour traiter l'infertilité et médicaments pour les dysfonctions érectiles
- Stimulants de la pousse de cheveux
- Produits ménagers (p. ex. savons et shampoings)
- Mégavitamines
- Certains analgésiques narcotiques (p. ex. Butalbital)
- Certains produits en vente libre
- Vaccins

Information supplémentaire

- Consultez le site Web Prestations des médicaments à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-spnia/nihb-ssna/benefit-prestation/drug-med/index-fra.php>
- Communiquez avec le bureau régional de Santé Canada ou avec l'autorité de santé désignée des Premières nations. Veuillez consulter les coordonnées fournies à la fin de ce guide.

5. ÉQUIPEMENT MÉDICAL ET FOURNITURES MÉDICALES (EMFM)

Qu'est-ce qui est couvert?

Lorsqu'ils ne sont pas couverts par un autre programme ou régime, les articles d'EMFM des catégories suivantes sont payés directement au fournisseur approuvé par les SSNA ou remboursés au client aux taux des SSNA si l'admissibilité est approuvée. La plupart des articles d'EMFM exigent une autorisation préalable du bureau régional de Santé Canada et une ordonnance d'un prescripteur admissible.

Catégories générales d'équipement médical et de fournitures médicales

- Audiologie (prothèses auditives et fournitures)
- Aides à la vision basse
- Aides pour le bain et la toilette
- Coussins et dispositifs de protection
- Aides à l'habillement et à l'alimentation
- Aides au soulèvement et au transfert
- Fournitures et équipements divers
- Aides à la mobilité (aide à la marche, fauteuils roulants)
- Orthèses plantaires et chaussures faites sur mesure
- Fournitures et dispositifs pour stomisés
- Fournitures et matériel d'oxygénothérapie
- Vêtements et orthèses de compression (dispositif de compression et traitement des cicatrices)
- Prothèses (mammaires, oculaires, de membres)
- Fournitures et matériel d'inhalothérapie
- Fournitures et matériel de traitement des voies urinaires (fournitures et dispositifs pour cathéter, fournitures pour l'incontinence)
- Fournitures pour le soin des plaies

La liste complète des articles d'EMFM admissibles, en ordre alphabétique et par catégorie, se trouve à l'adresse suivante :

<http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/nihb-ssna/provide-fournir/med-equip/index-fra.php>

Rappel

1. Les règles relatives à ce qui est couvert peuvent varier d'une région à une autre en fonction des services assurés par les provinces et territoires.
2. Une autorisation préalable est requise dans la plupart des cas pour obtenir des EMFM dans le cadre du Programme des SSNA.

Principes généraux

1. Les articles admissibles sont les articles offerts par les pharmaciens autorisés et les fournisseurs d'EMFM pour usage personnel à domicile ou dans un autre milieu ambulatoire. (Les milieux de soins ambulatoires sont des environnements qui ne sont pas un « établissement financé par le gouvernement provincial/territorial (hôpital, institution) ou par des programmes provinciaux/territoriaux, ni une clinique au sens des lois provinciales/territoriales ».)
2. Les lignes directrices relatives à la quantité et au remplacement sont établies en fonction des besoins médicaux moyens des clients. Les demandes portant sur une quantité ou un remplacement non conformes aux lignes directrices peuvent être autorisées dans certains cas lorsqu'il est démontré que le besoin médical existe.

Équipement

1. Il est possible de louer temporairement du matériel médical jusqu'à ce que le besoin permanent à long terme du client soit déterminé.
2. Le Programme demandera des garanties au moment de l'autorisation.
3. Les articles fournis antérieurement peuvent être remplacés si les besoins médicaux du client changent; une justification médicale à l'appui du remplacement anticipé doit accompagner la demande.
4. Lorsqu'un article d'EMFM est loué, le contrat de location doit comprendre les coûts d'entretien et de réparation puisque le Programme des SSNA ne rembourse pas l'entretien et la réparation des articles loués. Les contrats de location doivent comporter une clause prévoyant que si l'achat de l'article devenait une option, les sommes payées pour la location seraient appliquées au calcul du prix d'achat. Le client est responsable de l'article loué.
5. Les articles d'EMFM pour lesquels une limite de quantité annuelle a été établie doivent être fournis et facturés à des intervalles ne dépassant pas 3 mois à la fois. Cette règle s'applique à tous les articles réclamés, avec ou sans une autorisation préalable.

Qui peut prescrire de l'équipement médical et des fournitures médicales?

- Les médecins
- Les praticiens reconnus par le Programme des SSNA qui sont détenteurs d'un permis d'exercice et autorisés à délivrer des ordonnances dans le cadre de la pratique professionnelle de leur province ou territoire.

Exceptions

Les articles qui ne figurent pas sur la liste approuvée peuvent être couverts lorsqu'un besoin exceptionnel est démontré et établi par le prescripteur. Ce dernier doit fournir une lettre de justification aux SSNA pour évaluation.

Ce qui n'est pas couvert/exclusions

- Aides de suppléance à l'audition (sauf les prothèses auditives admissibles)
- Aides à la communication verbale (systèmes de parole à clavier, dispositifs d'amélioration de la qualité de la parole)
- Implants cochléaires
- Masques de ventilation fabriqués sur mesure
- Prothèses de membres électriques/myoélectriques
- Appareils d'exercice
- Équipement expérimental
- Articles pour le pied fabriqués uniquement par un système de balayage à faisceaux laser ou de balayage optique ou par un système informatisé d'analyse de la démarche et de la pression
- Barres d'appui fixées en permanence
- Lits et matelas d'hôpitaux
- Implants
- Articles utilisés à des fins esthétiques
- Articles utilisés exclusivement pour le sport, le travail ou l'éducation
- Spiromètre d'encouragement
- Chaussures orthopédiques en vente libre
- Article requis dans le cadre d'une intervention chirurgicale
- Fournir de l'oxygène pour une indication non conforme aux critères du Programme des SSNA (p. ex. l'angine de poitrine ou le soulagement de la douleur due à la migraine)
- Matériel d'aide à la respiration pour les personnes hospitalisées ou admises dans une institution
- Triporteurs
- Bas ou vêtements de compression pour utilisation à court terme (après une opération : éveinage chirurgical, traitement sclérosant et œdèmes)
- Prothèses temporaires requises dans le cadre d'une intervention chirurgicale

Information supplémentaire

- Consultez le site Web Prestations d'équipement médical et de fournitures médicales à l'adresse suivante :
<http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/nihb-ssna/benefit-prestation/medequip/index-fra.php>
- Communiquez avec le bureau régional de Santé Canada ou avec l'autorité de santé désignée des Premières nations. Veuillez consulter les coordonnées fournies à la fin de ce guide.

6. SERVICES D'INTERVENTION EN SANTÉ MENTALE EN SITUATION DE CRISE À COURT TERME

Qu'est-ce qui est couvert?

Le Programme des SSNA couvre les prestations suivantes :

Prestation pour la communauté

- Les honoraires et les frais de déplacement du professionnel en santé mentale peuvent être couverts, lorsqu'il semble financièrement avantageux d'offrir ces services dans une communauté ou en réponse à une situation de crise qui touche de nombreux clients et familles de cette communauté.

Intervention pour les clients ou les familles

- Lorsqu'il y a une crise ou une situation à risque et qu'il n'y a pas d'autres sources de fonds immédiats pour des services.
 - Honoraires de thérapeutes professionnels en santé mentale pour effectuer une évaluation initiale et élaborer un plan de traitement (maximum de deux (2) heures).
 - Services de traitement et d'orientation en santé mentale en situation de crise à court terme fournis ou reconnus par des thérapeutes professionnels en santé mentale, notamment l'évaluation initiale et l'élaboration d'un plan de traitement.
 - Les plans de traitement doivent indiquer la durée et le coût.
-

Rappel

1. Les règles relatives à ce qui est couvert peuvent varier d'une région à une autre en fonction des services assurés par les provinces et territoires.
2. Une autorisation préalable est nécessaire dans tous les cas pour accéder aux prestations en vertu de la politique des SSNA concernant la consultation en cas d'urgence. Cette autorisation est obtenue par le fournisseur de services.
3. Il s'agit d'un service d'intervention à court terme (approximativement dix (10) séances).

Qui peut fournir ces soins?

- Les thérapeutes inscrits (dans les disciplines de la psychologie clinique, du travail social clinique ou de la psychologie conseil).
- Les thérapeutes en santé mentale qui figurent sur la liste des fournisseurs de services approuvés. Chacun des bureaux régionaux de Santé Canada a une liste de fournisseurs.

- Dans des cas exceptionnels, un fournisseur qui travaille sous la direction d'un psychologue clinique inscrit, d'un travailleur social clinique inscrit ou d'un psychologue conseil.
- De façon générale, les thérapeutes qui sont inscrits auprès des organismes de réglementation professionnels dans la province ou le territoire où le service est offert (p. ex. psychologie, travail social).
- Dans des circonstances exceptionnelles, les thérapeutes en santé mentale d'autres disciplines peuvent également figurer sur la liste des fournisseurs d'une région.

Ce qui n'est pas couvert/exclusions

- Tout service d'évaluation qui n'est pas considéré comme lié à une urgence en santé mentale (p. ex. trouble du spectre de l'alcoolisme fœtal, troubles d'apprentissage, prise en charge et droits de visite d'enfants)
- Évaluation ordonnée par le tribunal/services de thérapie aux clients
- Programmes d'intervention précoce (pour les enfants présentant des retards de développement)
- Thérapie en milieu scolaire et orientation professionnelle
- Thérapie de groupe
- Consolidation des habitudes de vie
- Thérapie à long terme/thérapie non liée à une intervention en situation de crise
- Services psychiatriques
- Psychanalyse
- Lorsqu'un autre programme ou organisme est responsable d'offrir le service

Information supplémentaire

- Communiquez avec le bureau régional de Santé Canada ou avec l'autorité de santé désignée des Premières nations. Veuillez consulter les coordonnées fournies à la fin du guide.
- Consultez le site Web Prestation d'intervention en santé mentale en situation de crise à court terme à l'adresse suivante :
http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/nihb-ssna/benefit-prestation/crisis-urgence/index_fra.html

7. SERVICES DE SANTÉ APPROUVÉS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Qu'est-ce qui est couvert?

Primes d'assurance-maladie complémentaire

- Les primes d'assurance-maladie complémentaire privée sont remboursées aux clients aux conditions suivantes :
 - Étudiants à temps plein autorisés qui sont inscrits à un établissement postsecondaire pour étudier à l'extérieur du Canada;
 - Travailleurs migrants autorisés.
 - L'assurance-maladie complémentaire pour tous les autres déplacements à l'extérieur du pays n'est pas couverte.
-

Transport pour obtenir des services médicaux

- Transport pour recevoir des services médicaux à l'extérieur du pays :
 - Lorsque ces services sont assurés par les régimes de soins de santé provinciaux/territoriaux.
 - Lorsque le client est référé par un médecin vers un traitement non disponible au Canada par les régimes de soins de santé provinciaux/territoriaux.
 - Dans les cas précédents, le paiement des frais de transport, d'hébergement et de repas doit être autorisé au préalable.
-

Principes généraux

1. Une autorisation préalable est requise.
2. Le client doit :
 - a. être admissible au Programme des SSNA;
 - b. être actuellement inscrit ou être admissible à l'inscription à un régime d'assurance-maladie provincial ou territorial et continuer de répondre aux exigences en matière de résidence pour être couvert par le régime provincial-territorial.
3. Transport pour obtenir des services médicaux :

Dans le cas du transport en vue d'obtenir des services médicaux à l'extérieur du pays, le client doit être dirigé vers les services médicaux assurés par le régime de soins de santé provincial ou territorial pour recevoir un traitement à l'extérieur du Canada.
4. Primes d'assurance-maladie complémentaire :

Les étudiants à temps plein inscrits à un établissement postsecondaire pour étudier à l'extérieur du Canada doivent fournir une lettre de confirmation indiquant que les frais de scolarité, qui ne constituent pas un service admissible en vertu du Programme des SSNA, ont été payés.

Qu'est-ce qui est couvert?

Primes d'assurance-maladie complémentaire :

- Le coût des primes d'assurance-maladie privée des étudiants ou des travailleurs migrants autorisés et de leurs personnes à charge légale sera remboursé.

Transport pour recevoir des services médicaux :

- Les services de transport lorsque les clients admissibles sont référés par un médecin et autorisés par un régime de soins de santé provincial ou territorial à recevoir un traitement à l'extérieur du Canada.

Ce qui n'est pas couvert/exclusions

- Les services, y compris le transport pour raison médicale, pour lesquels les clients admissibles n'ont pas été référés à l'extérieur du Canada et n'ont pas reçu une autorisation préalable avant de quitter le Canada.
- Le transport pour recevoir des services non assurés, des services non médicalement requis et des services qui pourraient être obtenus au Canada.
- La protection d'assurance-maladie supplémentaire pour tous les autres déplacements à l'extérieur du Canada.

Information supplémentaire

- Communiquez avec le bureau régional de Santé Canada ou avec l'autorité de santé désignée des Premières nations. Veuillez consulter les coordonnées fournies à la fin de ce guide.

8. PROCÉDURE POUR APPELS

Un client admissible des Premières nations, son parent, son tuteur légal ou son représentant peut amorcer un processus d'appel lorsqu'une prestation lui a été refusée par le Programme des SSNA. En cas d'impossibilité de la part du client, une autre personne peut agir en son nom pour amorcer un processus d'appel à la condition d'y être autorisée par écrit par le membre. Il existe trois (3) paliers d'appel, c'est-à-dire les premier, deuxième et troisième paliers.

Afin que la demande d'appel soit examinée, le client, le parent ou le tuteur légal doit envoyer une lettre ou une note signée de demande de révision accompagnée de l'information pertinente provenant du fournisseur de services ou du prescripteur, au Programme des services de santé non assurés. Dans de nombreux cas, le fournisseur devra fournir une partie de l'information demandée. L'information habituellement demandée par les SSNA est la suivante :

1. La situation pour laquelle la prestation est demandée;
2. Le diagnostic et le pronostic, notamment les solutions de rechange qui ont été mises à l'essai;
3. Les résultats des tests diagnostiques pertinents; et
4. La justification du traitement proposé et toute autre information complémentaire pertinente.

Le client, le parent ou le tuteur légal doit faire parvenir la demande de révision et tous les documents justificatifs par la poste et y inscrire la mention « APPEL – CONFIDENTIEL ».

La demande de révision sera étudiée par un professionnel du domaine médical, des soins dentaires, de l'orthodontie ou des soins de la vue puis soumise à la gestion des SSNA. La décision sera prise en tenant compte des besoins particuliers du client, de la justification médicale, de la disponibilité de solutions de rechange et de la politique des SSNA. Le client, le parent ou le tuteur légal recevra une explication écrite de la décision qui aura été rendue par le Programme des SSNA. Le client, le parent ou le tuteur légal qui n'a aucune nouvelle de sa demande après un mois peut communiquer avec le bureau régional de Santé Canada.

Appel concernant les médicaments

Premier palier

Pour faire appel, le client doit envoyer sa demande aux soins du :

Directeur, Centre des exceptions pour médicaments des SSNA

Santé Canada, Services de santé non assurés

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

Centre des exception par médicaments des SSNA

Indice de l'adresse 4005A

55, rue Metcalfe, 5^e étage

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Deuxième palier

Si le client n'est pas d'accord avec la décision qui a été rendue au premier palier, il peut faire appel au deuxième palier. Sa demande doit alors être envoyée aux soins du :

Directeur, Gestion des prestations

Santé Canada, Services de santé non assurés

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

Indice de l'adresse 4005A

55, rue Metcalfe, 5^e étage

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Troisième palier

Si le client n'est pas d'accord avec la décision qui a été rendue au deuxième palier, il peut faire appel au troisième et dernier palier. La demande doit être envoyée aux soins du :

Directeur général des SSNA

Santé Canada, Services de santé non assurés

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

Indice de l'adresse 4006A

55, rue Metcalfe, 6^e étage

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Appel concernant les soins dentaires, l'équipement médical et les fournitures médicales, les soins de la vue, la santé mentale et le transport pour raison médicale

Premier palier

Pour faire appel, le client doit envoyer sa demande avec la mention « APPEL – CONFIDENTIEL » aux soins du **Gestionnaire régional des SSNA**, au bureau régional de Santé Canada de sa province ou de son territoire de résidence.

Deuxième palier

Si le client n'est pas d'accord avec la décision qui a été rendue au premier palier, il peut faire appel au deuxième palier. Sa demande doit alors être envoyée aux soins du **Directeur régional de la SPNI**, au bureau régional de Santé Canada de sa province ou de son territoire de résidence.

Troisième palier

Si le client n'est pas d'accord avec la décision qui a été rendue au deuxième palier, il peut faire appel au troisième et dernier palier. La demande doit être envoyée aux soins du :

Directeur général des SSNA

Santé Canada, Services de santé non assurés

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

Indice de l'adresse 4006A

55, rue Metcalfe, 6^e étage

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Appel concernant les soins d'orthodontie

L'appel doit être reçu par le Centre de révision en orthodontie avant que l'enfant n'atteigne l'âge de 19 ans. Les appels ne seront pas pris en considération après le 19^e anniversaire de naissance du client.

En ce qui concerne les soins d'orthodontie, les renseignements et les dossiers de diagnostics suivants doivent être fournis :

1. les modèles orthodontiques utilisés pour le diagnostic, savonnés et taillés (montés ou non);
2. les radiographies et tracés céphalométriques;
3. des photographies, 3 intra-buccales et 3 extra-buccales;
4. une radiographie panoramique ou une série complète intra-orale;

5. le plan de traitement, la durée prévue des phases active et de rétention du traitement et les coûts présentés au moyen du formulaire de Résumé orthodontique des SSNA, du formulaire de Renseignements orthodontiques standard de l'ACO ou d'une lettre à l'en-tête du bureau de l'orthodontiste;
6. le formulaire de demande de paiement pour soins dentaires des SSNA dûment rempli;
7. la signature du parent ou du tuteur légal (avec le nom et le numéro de bande et/ou la date de naissance).

Pour faire appel, le client, le parent, le tuteur légal ou le représentant doit envoyer sa demande aux soins du :

Premier palier

Centre de révision en orthodontie

Directeur, Division des services de révision des prestations

Santé Canada, Services de santé non assurés

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits – Santé Canada

Indice de l'adresse 4005A

55, rue Metcalfe, 5^e étage

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Deuxième palier

Centre de révision en orthodontie

Directeur, Division de Gestion des prestations

Santé Canada, Services de santé non assurés

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

Indice de l'adresse 4005A

55, rue Metcalfe, édifice Manuvie

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Troisième palier

Centre de révision en orthodontie

Directeur général des SSNA

Santé Canada, Services de santé non assurés

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

Indice de l'adresse 4005A

55, rue Metcalfe, 5^e étage

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Pour de plus amples renseignements, consultez le site Web <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/nihb-ssna/benefit-prestation/appe/index-fra.php> ou communiquez avec le Centre de révision en orthodontie.

9. PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Les politiques qui protègent la confidentialité de vos renseignements personnels sur la santé sont décrites plus loin. Il est toutefois fortement suggéré aux clients de poser des questions sur les pratiques liées à la protection des renseignements à quiconque recueille des renseignements personnels sur leur santé. Tous les responsables des données sur la santé doivent être en mesure de répondre à des questions comme celles qui suivent :

- Pourquoi les renseignements personnels sur ma santé sont-ils recueillis et à quoi serviront-ils?
- Quelles sont les conséquences si je refuse de consentir à la collecte ou à l'utilisation de mes renseignements personnels sur la santé?
- Quelles sont les politiques et les mesures de protection qui existent pour protéger mes renseignements personnels sur la santé?
- Qui a accès à mes renseignements personnels sur la santé et à quelles fins?
- Comment puis-je avoir accès à mes renseignements personnels sur la santé dans vos dossiers?
- Qui est responsable et comment puis-je faire une plainte si je crois qu'on recueille, utilise ou divulgue incorrectement mes renseignements personnels sur la santé?

Afin de traiter les prestations des SSNA, Santé Canada recueille, utilise, divulgue et conserve les renseignements personnels des clients et ce, conformément aux lois et aux politiques fédérales pertinentes. Cela comprend :

- la *Loi sur la protection des renseignements personnels – La Loi sur la protection des renseignements personnels* donne aux Canadiens le droit d'avoir accès à l'information que le gouvernement fédéral détient à leur sujet. Cette loi protège également les citoyens canadiens contre la communication non autorisée de renseignements personnels. De plus, elle régit la façon dont le gouvernement recueille, utilise, emmagasine, communique et élimine les renseignements personnels;
- la *Loi sur l'accès à l'information*;
- la *Loi sur la Bibliothèque et les Archives du Canada*;
- les Politiques sur la protection des renseignements personnels et des données du Secrétariat du conseil du Trésor (SCT);
- la Politique sur la sécurité du gouvernement du SCT;
- la Politique sur la sécurité de Santé Canada; et
- le Code de protection des renseignements personnels des SSNA.

Pour de plus amples renseignements sur vos droits en matière de protection de l'information détenue par les SSNA, consultez le site <http://www.hc-sc.gc.ca/home-accueil/important-fra.php#f>

La protection des renseignements sur la santé détenue par les autorités de santé des Premières nations, les professionnels de la santé (médecins, dentistes, pharmaciens, etc.), les hôpitaux et les cliniques de santé est régie par :

- les lois provinciales sur la protection des renseignements et la santé;
- les codes de déontologie applicables aux professionnels de la santé réglementés;
- les codes de protection des renseignements personnels des Premières nations, s'il y a lieu; et
- les codes de protection des renseignements personnels adoptés par les différents organismes, le cas échéant.

Les SSNA et le consentement

En février 2004, Santé Canada a annoncé une nouvelle approche concernant l'Initiative relative au consentement du Programme des services de santé non assurés (SSNA). En vertu de cette approche, les SSNA n'exigent pas de formulaire de consentement signé pour mener les activités de traitement quotidiennes et administrer le Programme. Les membres des Premières nations continueront de recevoir les services auxquels ils sont admissibles sans signer de formulaire de consentement.

Dans certains cas où la sécurité des clients ou l'usage inapproprié peut être une source de préoccupation, les responsables du Programme des SSNA demanderont le consentement explicite des clients pour divulguer leurs renseignements personnels aux fournisseurs de soins de santé au-delà de ce qui est permis dans le cours des activités quotidiennes de traitement des demandes. Ce consentement peut être fourni verbalement ou par écrit.

Retrait du consentement

Le Programme des SSNA ne fait plus usage de l'information recueillie durant l'Initiative relative au consentement. Cependant, les clients qui avaient signé un formulaire de consentement et qui souhaitent retirer leur consentement doivent faire parvenir un avis écrit à l'adresse suivante :

Programme des SSNA

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits – Santé Canada

Indice de l'adresse 4005A

55, rue Metcalfe

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

La lettre doit comporter le nom officiel du client, sa date de naissance, son numéro d'identification (Indien par traité ou inscrit, numéro à 9 ou 10 chiffres, etc.), son adresse, son numéro de téléphone et sa signature. Le Programme des SSNA enverra une confirmation écrite du retrait du consentement.

10. LES NAVIGATEURS RÉGIONAUX SONT ICI POUR VOUS AIDER!

Des navigateurs sont en poste dans de nombreuses régions du pays. Un navigateur régional apporte son appui et son assistance aux clients admissibles membres des Premières nations et aux Inuits pour l'accès aux Services de santé non assurés. Le rôle d'un navigateur est d'aider les clients et les communautés des Premières nations et des Inuits à mieux comprendre les services de santé existants, les administrations et le Programme des SSNA. Le navigateur communique, recueille et rassemble de l'information sur les questions d'accès aux soins de santé, et détermine des façons d'améliorer les services de santé destinés aux clients membres des Premières nations et Inuits.

Pour obtenir de l'information sur les navigateurs régionaux, communiquez avec un responsable du bureau régional de Santé Canada, des bureaux régionaux des Premières nations ou avec un membre du caucus de l'Assemblée des Premières Nations. Veuillez consulter les coordonnées fournies ci dessous :

BUREAUX RÉGIONAUX DE SANTÉ CANADA

Colombie-Britannique

Services de santé non assurés
Santé des Premières nations et des Inuits
Santé Canada
757, rue West Hastings, bureau 540
Vancouver (Colombie-Britannique) V6C 3E6
Téléphone : (604) 666-3331
Sans frais : 1-800-317-7878
Télécopieur : (604) 666-3200
Télécopieur (sans frais) : 1-888-299-9222

Soins dentaires

Téléphone : (604) 666-6600
Sans frais : 1-888-321-5003
Télécopieur : (604) 666-5815

Pour les demandes d'information sur place concernant les SSNA veuillez vous rendre à :
1166, rue Alberni, pièce 701

Alberta

Services de santé non assurés
Santé des Premières nations et des Inuits
Santé Canada
Place du Canada
9700, avenue Jasper, bureau 730
Edmonton (Alberta) T5J 4C3
Renseignements généraux sur les SSNA
Téléphone : (780) 495-2694
Sans frais : 1-800-232-7301

Soins dentaires

Téléphone : (780) 495-2516 poste 3
Sans frais : 1-888-495-2516 poste 3
Télécopieur : (780) 420-1219

Transport

Téléphone : (780) 495-2708
Sans frais : 1-800-514-7106

Saskatchewan

Services de santé non assurés
Santé des Premières nations et des Inuits
Santé Canada
South Broad Plaza
2045, rue Broad, 1^{er} étage
Regina, Saskatchewan S4P 3T7

Soins dentaires

Téléphone : (306) 780-5458
Sans frais : 1-877-780-5458

Vision

Téléphone : (306) 780-7788
Sans frais : 1-800-667-6553

Services pharmaceutiques/Équipement médical et fournitures médicales

Téléphone : (306) 780-8294
Sans frais : 1-800-667-3515

Transport pour raison médicale

Sans frais : 1-866-885-3933

Services d'intervention en santé mentale en situation de crise à court terme

Téléphone : (306) 780-5441

Manitoba

Services de santé non assurés
Santé des Premières nations et des Inuits
Santé Canada
391, avenue York, bureau 300
Winnipeg (Manitoba) R3C 4W1

Services pharmaceutiques/Équipement médical et fournitures

médicales/Vision
Sans frais : 1-800-665-8507
Télécopieur (sans frais) : 1-800-289-5899

Transport pour raison médicale

Sans frais : 1-877-983-0911
Télécopieur : (204) 984-7834 ou
(204) 984-7458

Soins dentaires

Sans frais : 1-877-505-0835
Télécopieur (sans frais) : 1-866-907-2402

Ontario

Services de santé non assurés
Santé des Premières nations et des Inuits
Santé Canada
1547, chemin Merivale, 3^e étage
Indice de l'adresse 6103A
Nepean (Ontario) K1A 0L3

Sans frais : 1-800-640-0642

Soins dentaires

Sans frais : 1-888-283-8885

Québec

Services de santé non assurés
Santé des Premières nations et des Inuits
Santé Canada
200, boul. René-Levesque Ouest
Complexe Guy-Favreau, Tour Est, bureau 404
Montréal (Québec) H2Z 1X4

Soins dentaires

Téléphone : (514) 283-5501
Sans frais : 1-877-483-5501
Télécopieur : (514) 496-3180

Services d'intervention en santé mentale en situation de crise à court terme

Téléphone : (514) 283-2965
Sans frais : 1-877-583-2965
Télécopieur : (514) 496-2962

Vision/Services pharmaceutiques/Équipement médical et fournitures médicales/Transport pour raison médicale

Téléphone : (514) 283-1575
Sans frais : 1-877-483-1575
Télécopieur : (514) 496-7762

Atlantique (Î-P-É, N-É, N-B, T-N)

Services de santé non assurés
Santé des Premières nations et des Inuits
Santé Canada
1505, rue Barrington, bureau 1525
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 3Y6

Téléphone : (902) 426-2656
Sans frais : 1-800-565-3294

Région du Nord

Services de santé non assurés
Santé des Premières nations et des Inuits
Santé Canada
Édifice Qualicum
2936, rue Baseline
Tour A, 4^e étage
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Sans frais : 1-888-332-9222
Prédétermination dentaire : poste 1
Équipement médical et fournitures médicales :
poste 2
Télécopieur (sans frais) : 1-800-949-2718

Région du Nord

Yukon
Services de santé non assurés
Santé des Premières nations et des Inuits
Santé Canada
300, rue Main, bureau 100
Whitehorse (Yukon) Y1A 2B5
Renseignements généraux sur les SSNA
Sans frais : 1-866-362-6717 ou
1-866-362-6719
Télécopieur : (867) 667-3999

Autres coordonnées

Centre de révision en orthodontie

Services de santé non assurés
Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
Santé Canada
55, rue Metcalfe, 5^e étage
Indice de l'adresse 4005A
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Sans frais : 1-866-227-0943
Télécopieur : 1-866-227-0957

BUREAUX RÉGIONAUX DES PREMIÈRES NATIONS

Administration centrale de l'Assemblée des Premières Nations (APN)

Bureau 810 – 473, rue Albert
Ottawa (Ontario) K1R 5B4
Téléphone : (613) 241-6789 poste 240
Sans frais : 1-866-869-6789

Secrétariat à la santé et au développement social

Federation of Saskatchewan Indian Nations
Bureau 100 – 103A, avenue Packham
Saskatoon (Saskatchewan) S7N 4K4
Téléphone : (306) 956-6922
Sans frais : 1-866-956-6442
Télécopieur : (306) 667-2699

Agent de programme – SSNA

CSSSPNQL/FNQLHSSC
250, Place Chef Michel Laveau, local 102
Wendake (Québec) GOA 4V0
Téléphone : (418) 842-1540
Télécopieur : (418) 842-7045

Union of Nova Scotia Indians CP 961

Sydney (Nouvelle-Écosse) B1P 6J4
Téléphone : (902) 539-4107
Télécopieur : (902) 564-2137

Treaty 8 First Nations of Alberta

Plaza Santa Fe

18178, avenue 102

Edmonton (Alberta) T5S 1S7

Téléphone : (780) 444-9366

Sans frais : 1-888-873-2898

Télécopieur : (780) 484-1465

Traité no. 7

Bureau 101 – 122111, rue 40 Est

Calgary (Alberta) T2Z 4E6

Téléphone : (403) 539-0350

Télécopieur : (403) 539-0363

Assembly of Manitoba Chiefs

Bureau 200 – 275, avenue Portage

Winnipeg (Manitoba) R3B 2B3

Téléphone : (204) 956-0610

Sans frais : 1-888-324-5483

Télécopieur : (204) 956-2109

First Nations Health Council

1205 – 100, Park Royal Sud

Vancouver Ouest (Colombie-Britannique)

V7T 1A2

Téléphone : (604) 913-2080

Sans frais : 1-866-913-0033

Télécopieur : (604) 913-2081

Conseil des Premières nations du Yukon2166 – 2^e avenue

Whitehorse (Yukon) Y1A 4P1

Téléphone : (867) 393-9230

Sans frais : 1-866-940-8510

Télécopieur : (867) 668-6577

Denendeh National Office

Bureau régional de l'APN

5120 – rue 49

CP 2338

Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)

X1A 2P7

Téléphone : (867) 873-4081

Télécopieur : (867) 920-2254

Confederacy of Treaty 6 First Nations

204-10301, rue 176 Nord-ouest

Edmonton (Alberta) T5S 1L3

Téléphone : (780) 944-0334

Télécopieur : (780) 944-0346

Chiefs of Ontario

111, rue Peter, bureau 804

Toronto (Ontario) M5V 2H1

Téléphone : (416) 597-1266

Sans frais : 1-877-517-6527

Télécopieur : (416) 597-8365

Nation nishnawbe-aski

710, avenue Victoria Est

Thunder Bay (Ontario) P7C 5P7

Téléphone : (807) 625-4959

Télécopieur : (807) 623-7730

Union of New Brunswick Indians

370, rue Wilsey

Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 6E9

Téléphone : (506) 458-9444

Télécopieur : (506) 458-2850

Carrier Sekani Family Services

987, avenue Fourth

Prince George (Colombie-Britannique) V2L 3H7

Téléphone : (250) 562-3591

Sans frais : 1-888-889-6855

Télécopieur : (250) 562-2272

Le présent guide a été rédigé conjointement par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada et l'Assemblée des Premières Nations pour aider les membres des Premières nations à comprendre les services qui leur sont offerts en vertu du Programme des services de santé non assurés (SSNA).

