

## XI. Facture-honoraire

Ce formulaire a été élaboré par le Hamilton HSO Mental Health & Nutrition Program pour utilisation par les psychiatres.

### Programme de santé mentale du Hamilton HSO Facture- honoraires

Nom du psychiatre : \_\_\_\_\_ Mois : \_\_\_\_\_ Pratique : \_\_\_\_\_  
(Lettres moulées) (un formulaire par pratique SVP)

	Semaine 1		Semaine 2		Semaine 3		Semaine 4		Semaine 5		Nombre total de patients	Nombre total de minutes
	Patients	Min.	Patients	Min.	Patients	Min.	Patients	Min.	Patients	Min.		
<b>Services cliniques directs</b>												
Consultations												
Suivis												
<b>Nombre d'absences/d'annulations</b>												
<b>Discussion de cas</b> Avec un médecin de famille et/ou un conseiller												
<b>Conseils téléphoniques</b>												
<b>Dossiers/travail de bureau/correspondance</b>												
<b>Réunions administratives</b>												
<b>Formation</b> Avec un médecin de famille et/ou un conseiller												
<b>Formation</b> Avec un externe/résident												
<b>Formation médicale continue</b>												
<b>Total minutes</b>												
<b>Total séances</b>												

Remarque : 1 séance = 3,5hrs

Veuillez faire parvenir à :

**Section réservée au programme**

Total \$ \_\_\_\_\_  
 N° service \_\_\_\_\_  
 N° compte \_\_\_\_\_  
**Un formulaire par mois**

Signature \_\_\_\_\_

Copies blanche et jaune : responsable du programme . Copie rose : évaluation du programme . Copie dorée : dossier du psychiatre . H HSO MHP . Révisé : avril 2005