



## MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

**DEPARTEMENT:** Nord

**COMMUNE:** Pignon

**INSTITUTION SANITAIRE:** Hôpital Communautaire de Référence de Pignon

**TYPE:** HCR

**PERIODE:** T I 2017

#	Indicateurs	Résultats déclarés	Résultats vérifiés	Cible	Tarif (HTG)	Plafond (HTG)	Montant à payer	% atteint
1	Nouvelles consultations en clinique externe référées par un échelon inférieur et prises en charge	2.00	2.00	30	243.00	7290.00	486.00	6.67
2	Patients référés par un échelon inférieur hospitalisés	2.00	2.00	30	122.00	3660.00	244.00	6.67
3	Accouchements institutionnels	88.00	88.00	125	730.00	91250.00	64240.00	70.40
4	Césariennes	46.00	46.00	47	912.00	42864.00	41952.00	97.87
5	Contre références	2.00	2.00	30	243.00	7290.00	486.00	6.67
6	Nombre de cas de TB+ traités	0.00	0.00	0	366.00	0.00	0.00	0.00
7	Nombre de cas de TB+ perdus de vue retrouvés	0.00	0.00	0	366.00	0.00	0.00	0.00
8	Nombre d'enfants nés de mères séropositives mis sous prophylaxie par ARV dans les 72 heures	5.00	5.00	0	366.00	0.00	0.00	0.00
9	Nombre de lits	48.00	48.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
	<b>Total subsides quantité</b>						<b>107408.00</b>	
	<b>Score qualité</b>						<b>96.61%</b>	
	<b>Bonus qualité</b>						<b>25,941.72</b>	
	<b>Bonus isolement (0%)</b>						<b>0.00</b>	
	<b>MONTANT A PAYER (HTG)</b>						<b>133,349.72</b>	

Facture pour le **T I 2017** pour la formation sanitaire **Hôpital Communautaire de Référence de Pignon** à un montant de **cent trente-trois mille trois cent quarante-neuf HTG**

Soumission Facture: Institution Sanitaire

Soumission Facture: Agence Externe de Vérification

Nom : .....

Nom : .....

Titre : .....

Titre : .....

Signature : .....

Signature : .....

Date : .....

Date : .....