



## MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

**DEPARTEMENT:** Nord-Est

**COMMUNE:** Terrier-Rouge

**INSTITUTION SANITAIRE:** CSL de Grand-Bassin

**TYPE:** CSL

**PERIODE:** T IV 2014

| #  | Indicateurs  | Résultats déclarés | Résultats vérifiés | Cible | Tarif (HTG) | Plafond (HTG) | Montant à payer | % atteint |
|----|--|--------------------|--------------------|-------|-------------|---------------|-----------------|-----------|
| 1  | Nouvelles consultations curatives institutionnelles  | 683.00             | 683.00             | 750   | 11.00       | 8250.00       | 7513.00         | 91.07     |
| 2  | Nombre de cas de diarrhée aqueuse traités  | 10.00              | 10.00              | 180   | 22.00       | 4356.00       | 220.00          | 5.05      |
| 3  | Références à l'échelon supérieur   | 7.00               | 7.00               | 30    | 109.00      | 4251.00       | 763.00          | 17.95     |
| 4  | Nombre d'enfants de 6-59 mois bénéficiaires de dépistage nutritionnel au niveau institutionnel | 937.00             | 174.00             | 1250  | 11.00       | 13750.00      | 0.00            | 0.00      |
| 5  | Déparasitage des enfants de 12-59 mois   | 7.00               | 7.00               | 1072  | 11.00       | 11792.00      | 77.00           | 0.65      |
| 6  | Enfants de 6-59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A                              | 144.00             | 118.00             | 400   | 11.00       | 4400.00       | 0.00            | 0.00      |
| 7  | Dépistage des cas TPM+ à microscopie positive  | 2.00               | 2.00               | 5     | 153.00      | 2295.00       | 306.00          | 13.33     |
| 8  | Enfants complètement vaccinés, <12 mois  | 20.00              | 19.00              | 40    | 175.00      | 8400.00       | 3158.75         | 37.60     |
| 9  | Accouchements institutionnels  | 6.00               | 6.00               | 12    | 263.00      | 9468.00       | 1578.00         | 16.67     |
| 10 | CPN1 à T1  | 6.00               | 7.00               | 7     | 66.00       | 508.20        | 415.80          | 81.82     |
| 11 | CPN4 à T3  | 8.00               | 11.00              | 32    | 131.00      | 8384.00       | 0.00            | 0.00      |
| 12 | VAT2+  | 19.00              | 20.00              | 5     | 22.00       | 121.00        | 121.00          | 100.00    |
| 13 | Femmes enceintes conseillées et dépistées pour VIH et syphilis                                 | 0.00               | 0.00               | 0     | 66.00       | 0.00          | 0.00            | 0.00      |
| 14 | Femmes enceintes VIH+ prises en charge   | 0.00               | 0.00               | 0     | 66.00       | 0.00          | 0.00            | 0.00      |
| 15 | Femmes enceintes VIH+ référées à un échelon supérieur pour la prise en charge                  | 0.00               | 0.00               | 0     | 66.00       | 0.00          | 0.00            | 0.00      |
| 16 | Visites domiciliaires postnatales réalisées 0-3 jours  | 78.00              | 27.00              | 30    | 44.00       | 2640.00       | 0.00            | 0.00      |
| 17 | Utilisation de méthodes modernes de PF   | 860.00             | 840.00             | 140   | 22.00       | 6160.00       | 6160.00         | 100.00    |
|    | <b>Total subsides quantité</b>   |                    |                    |       |             |               | <b>20312.55</b> |           |

|  |                              |                  |
|--|------------------------------|------------------|
|  | <b>Score qualité</b>         | <b>81.25%</b>    |
|  | <b>Bonus qualité</b>         | <b>4,125.99</b>  |
|  | <b>Bonus isolement (0%)</b>  | <b>0.00</b>      |
|  | <b>MONTANT A PAYER (HTG)</b> | <b>24,438.54</b> |

Facture pour le **T IV 2014** pour la formation sanitaire **CSL de Grand-Bassin** à un montant de **vingt-quatre mille quatre cent trente-huit HTG**

Soumission Facture: Institution Sanitaire

Soumission Facture: Agence Externe de Vérification

Nom :.....

Nom :.....

Titre :.....

Titre :.....

Signature :.....

Signature :.....

Date :.....

Date :.....