



## MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

**DEPARTEMENT:** Nord-Est

**COMMUNE:** Fort-Liberté

**INSTITUTION SANITAIRE:** Hopital Départemental de Fort-Liberté

**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	0.00	0.00	350	243.00	85050.00	0.00	0.00
2	Patients référés par un échelon inférieur hospitalisés	0.00	0.00	56	122.00	6832.00	0.00	0.00
3	Accouchements institutionnels	147.00	147.00	180	730.00	131400.00	107310.00	81.67
4	Césariennes	29.00	29.00	30	912.00	27360.00	26448.00	96.67
5	Contre références	0.00	1.00	25	243.00	6075.00	0.00	0.00
6	Nombre de cas de TB+ traités	0.00	13.00	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	8.00	8.00	0	366.00	0.00	0.00	0.00
9	Nombre de lits	40.00	40.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
	<b>Total subsides quantité</b>						<b>133758.00</b>	
	<b>Score qualité</b>						<b>97.86%</b>	
	<b>Bonus qualité</b>						<b>32,723.89</b>	
	<b>Bonus isolement (0%)</b>						<b>0.00</b>	
	<b>MONTANT A PAYER (HTG)</b>						<b>166,481.89</b>	

Facture pour le **T I 2017** pour la formation sanitaire **Hopital Départemental de Fort-Liberté** à un montant de **cent soixante-six mille quatre cent quatre-vingt-un HTG**

Soumission Facture: Institution Sanitaire

Soumission Facture: Agence Externe de Vérification

Nom : .....

Nom : .....

Titre : .....

Titre : .....

Signature : .....

Signature : .....

Date : .....

Date : .....