



# 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 II 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	16.00	16.00	56	122.00	6832.00	1952.00	28.57
3	Accouchements institutionnels	106.00	106.00	180	730.00	131400.00	77380.00	58.89
4	Césariennes	26.00	26.00	30	912.00	27360.00	23712.00	86.67
5	Contre références	2.00	2.00	25	243.00	6075.00	486.00	8.00
6	Nombre de cas de TB+ traités	0.00	5.00	0	366.00	0.00	0.00	0.00
7	Nombre de cas de TB+ perdus de vue retrouvés	1.00	1.00	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	3.00	3.00	0	366.00	0.00	0.00	0.00
9	Nombre de lits	0.00	0.00		0.00	0.00	0.00	0.00
	<b>Total subsides quantité</b>						<b>103530.00</b>	
	<b>Score qualité</b>						<b>89.35%</b>	
	<b>Bonus qualité</b>						<b>23,126.01</b>	
	<b>Bonus isolement (0%)</b>						<b>0.00</b>	
	<b>MONTANT A PAYER (HTG)</b>						<b>126,656.01</b>	

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

Soumission Facture: Institution Sanitaire

Soumission Facture: Agence Externe de Vérification

Nom : .....

Nom : .....

Titre : .....

Titre : .....

Signature : .....

Signature : .....

Date : .....

Date : .....