



# MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

**DEPARTEMENT:** Sud

**COMMUNE:** Port-Salut

**INSTITUTION SANITAIRE:** HCR Port Salut

**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	295	243.00	71685.00	0.00	0.00
2	Patients référés par un échelon inférieur hospitalisés	0.00	0.00	23	122.00	2806.00	0.00	0.00
3	Accouchements institutionnels	61.00	62.00	113	730.00	82490.00	45260.00	54.87
4	Césariennes	5.00	4.00	13	912.00	11856.00	0.00	0.00
5	Contre références	0.00	0.00	295	243.00	71685.00	0.00	0.00
6	Nombre de cas de TB+ traités	6.00	5.00	0	366.00	0.00	0.00	0.00
7	Nombre de cas de TB+ perdus de vue retrouvés	2.00	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	0.00	0.00	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>45260.00</b>	
	<b>Score qualité</b>						<b>53.56%</b>	
	<b>Bonus qualité</b>						<b>6,060.31</b>	
	<b>Bonus isolement (0%)</b>						<b>0.00</b>	
	<b>MONTANT A PAYER (HTG)</b>						<b>51,320.31</b>	

Facture pour le **T II 2017** pour la formation sanitaire **HCR Port Salut** à un montant de **cinquante et un mille trois cent vingt HTG**

Soumission Facture: Institution Sanitaire

Soumission Facture: Agence Externe de Vérification

Nom : .....

Nom : .....

Titre : .....

Titre : .....

Signature : .....

Signature : .....

Date : .....

Date : .....