



# MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

**DEPARTEMENT:** Sud

**COMMUNE:** Aquin

**INSTITUTION SANITAIRE:** HCR Aquin

**TYPE:** HCR

**PERIODE:** T III 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		243.00	0.00	0.00	0.00
2	Patients référés par un échelon inférieur hospitalisés	0.00	0.00		122.00	0.00	0.00	0.00
3	Accouchements institutionnels	54.00	54.00		730.00	0.00	0.00	0.00
4	Césariennes	0.00	0.00		912.00	0.00	0.00	0.00
5	Contre références	0.00	0.00		243.00	0.00	0.00	0.00
6	Nombre de cas de TB+ traités	0.00	2.00		366.00	0.00	0.00	0.00
7	Nombre de cas de TB+ perdus de vue retrouvés	0.00	0.00		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		366.00	0.00	0.00	0.00
<b>Total subsides quantité</b>							<b>0.00</b>	
<b>Score qualité</b>								<b>%</b>
<b>Bonus qualité</b>							<b>0.00</b>	
<b>Bonus isolement (0%)</b>							<b>0.00</b>	
<b>MONTANT A PAYER (HTG)</b>							<b>0.00</b>	

Facture pour le **T III 2017** pour la formation sanitaire **HCR Aquin** à un montant de **z?ro HTG**

Soumission Facture: Institution Sanitaire

Soumission Facture: Agence Externe de Vérification

Nom : .....

Nom : .....

Titre : .....

Titre : .....

Signature : .....

Signature : .....

Date : .....

Date : .....