

1141

12/11/2020

RWANDA SOCIAL SECURITY BOARD (RSSB)
Community Based Health Insurance (CBHI)
Tel: 4044

HEALTH CARE INVOICE/FACTURE POUR SOINS DE SANTE N° 1278

I. HEALTH FACILITY INFORMATION/INFORMATION SUR LA FORMATION SANITAIRE
Health facility name/Nom de la formation sanitaire: Nyirahabimana
District name/Nom du District: Nyirahabimana
Type of health facility/Type de formation sanitaire: ☒ HC/CS ☐ HP/PS

II. PATIENT INFORMATION/INFORMATION SUR LE PATIENT
Name Head of the Household/Nom du chef de ménage: Nyirahabimana
ID Number: 1198470080762029
Beneficiary name/Nom du bénéficiaire: Nyirahabimana
Application Number (if no ID): 1198470080762029
Catchment area/Zone de rayonnement: ☒ HZ ☐ HD ☐ ID
Sex/Sexe: ☒ Female ☐ Male
Age: 1904
Telephone number/Numéro de téléphone: 1
Ubughe category/Catégorie Ubughe (1, 2, 3 or 4): 1
Prisoner/Prisonnier: YES ☐ NO ☒

III. DETAILS OF MEDICAL CARE RECEIVED/DETAILS DES SOINS RECUS
Type of medical visit/Type de visite médicale: ☒ Outpatient/Ambulatoire ☐ Inpatient/Hospitalisation
Disease episode/Episode de la maladie: ☒ New case/Nouveaux cas ☐ Old case/Ancien cas
Purpose of the visit/Motif de la visite: ☒ Natural disease/Maladie naturelle ☐ Occupational disease/Maladie professionnelle ☐ Road traffic accident/Accident de la circulation ☐ Work accident/Accident de travail ☐ Other/Autre

DIAGNOSIS/DIAGNOSTIC				
		Description	Quantity/Days Quantité/Jour	Unit cost/ Coût unitaire
Consultation		<u>CPC</u>		<u>300</u>
Laboratory tests/ Examens de laboratoire				
Hospitalization/ Hospitalisation From/De To/Au				
Medical procedures & consumables/ Actes & consommables médicaux		<u>3Kbalempis</u>		<u>6,62</u>
Medicines/ Médicaments (Form/Forme & dosage)		<u>metronidazole 800 mg</u>	<u>8ce</u>	<u>6,74</u>
		<u>Amoxicillin 500 mg</u>	<u>8ce</u>	<u>7,34</u>
		<u>metformin 850 mg</u>	<u>8ce</u>	<u>3,31</u>
Ambulance				
Date:				
Other/Autre (to specify/a spécifier)				

Total amount billed/Montant total facture (100%)	<u>490</u>	Rwf
Patient contribution/Ticket modérateur (200 Rwf/0 Rwf)	<u>0</u>	Rwf
Amount to be paid by RSSB-CBHI/Montant à payer par RSSB-CBHI	<u>490</u>	Rwf

Beneficiary name & signature/Nom et signature du bénéficiaire: Nyirahabimana
Nurse name & signature/Nom et signature infirmière traitant: Ros Theodor
Health facility stamp/Cachet du CS/PS: Nyirahabimana
Approval of CBHI Verification agent/Approbation du Vérificateur CBHI: Nyirahabimana
Date: 17/11/2020

