

I. HEALTH FACILITY INFORMATION/INFORMATION SUR LA FORMATION SANITAIRE

Health facility name/Nom de la formation sanitaire: _____
District name/Nom du District: _____
Type of health facility/Type de formation sanitaire HC/CS ☐ HP/PS ☐

ID Number: _____

II. PATIENT INFORMATION/INFORMATION SUR LE PATIENT

Name Head of the Household/Nom du chef de ménage: _____ ID Number: _____
Application Number (if no ID): _____
Beneficiary name/Nom du bénéficiaire: _____ ID Number: _____
(if exists)
Catchment area/Zone de rayonnement: Z ☐ HZ ☐ HD ☐ Telephone number/Numéro de téléphone: _____
Sex/Sexe: Female ☐ Male ☐ Ubudehe category/Catégorie Ubudehe (1, 2, 3 or 4): ☐
Age: _____ 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 | Total cost/ Coût total |
|---|--|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| Consultation | | | | |
| Laboratory tests/ Examens de laboratoire | | | | |
| Hospitalization/ Hospitalisation From/Du..... To/Au..... | | | | |
| Medical procedures & consumables/ Actes & consommables médicaux | | | | |
| Medicines/ Médicaments (Form/Forme & dosage) | | | | |
| Ambulance Date: | | Km | | |
| Other/Autre (to specify/à spécifier) | | | | |

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

Date:

Beneficiary name & signature/Nom et signature du bénéficiaire _____

Nurse name & signature/Nom et signature infirmier (ère) traitant
Health facility stamp/Cachet du CS/PS

Approval of CBHI Verification agent/Approbation du Vérificateur CBHI
CBHI stamp/Cachet