

HEALTH CARE INVOICE/FACTURE POUR SOINS DE SANTE N° \_\_\_\_\_

**I. HEALTH FACILITY INFORMATION/INFORMATION SUR LA FORMATION SANITAIRE**

Health facility name/Nom de la formation sanitaire: \_\_\_\_\_

District name/Nom du District: \_\_\_\_\_ ID Number: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_ 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 ☐ Other/Autre ☐

Road traffic accident/Accident de la circulation ☐ Work accident/Accident de travail ☐

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