

<b>I. HEALTH FACILITY INFORMATION/INFORMATION SUR LA FORMATION SANITAIRE</b>			
Health facility name/Nom de la formation sanitaire:		MUHIMA HC	
District name/Nom du District:		ID Number:	
NYARUGENGE			
Type of health facility/Type de formation sanitaire:	HC/CS <input checked="" type="checkbox"/>	HP/PS <input type="checkbox"/>	

<b>II. PATIENT INFORMATION/INFORMATION SUR LE PATIENT</b>			
Name Head of the Household/Nom du chef de ménage: <u>RUTEGESHA DONATHE</u>		ID Number:	<u>1195880018714032</u>
		Application Number (if no ID):	
Beneficiary name/Nom du bénéficiaire: <u>BAMPORIKI EVALISTE</u>		ID Number :	<u>1199480203423199</u>
		(If exists)	
Type of health facility/Type de formation sanitaire:	Z <input type="checkbox"/> HZ <input type="checkbox"/> HD <input checked="" type="checkbox"/>	Telephone number/Numéro de téléphone: _____	
Sex/Sexe:	Female <input type="checkbox"/> Male <input checked="" type="checkbox"/>	Ubudehe category/Catégorie Ubudehe (1, 2, 3 or 4):	<u>1</u>
Age: 26	Prisonner/Prisonnier:	Yes <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

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

DIAGNOSIS/DIAGNOSTIC				
Description	Quantity/Days Quantité/Jour	Unit cost/ Coût unitaire	Total cost/ Coût total	
Consultation	1	300Frw	300Frw	
Consultation Infirmier (A2+A1)			300Frw	
Laboratory tests/Examens de laboratoire	1	1000Frw	1000Frw	
2-ECBU	1	236Frw	236Frw	
3-Glycémie	1	439Frw	439Frw	
			1675Frw	
Hospitalization/Hospitalisation	3	180Frw	540Frw	
From/Du..... To/Au.....			540Frw	
Medical procedures & consumables/Actes & consommables médicaux	3	9Frw	27Frw	
1-AMBALAGE	1	1500Frw	1500Frw	
2-Accouchement dystocique	1	420Frw	420Frw	
3-AMIU	1	60Frw	60Frw	
4-Injection IM	1	9Frw	9Frw	
5-AMBALAGE			2016Frw	
Medicines/Médicaments (Form/Forme & dosage)	10	5Frw	50Frw	
1-ALUMINIUM HYDROXIDE CP 500 MG	3	634Frw	1902Frw	
2-AMOXY 250MG/5ML SP	2	14Frw	28Frw	
3-coartem 6*1	10	12Frw	120Frw	
4-QUININE 300 MG			2100Frw	
Ambulance Date:.....	40KM	400Frw	16000Frw	
1-Ambulance Gihogwe-Kibagabaga			16000Frw	
Other/Autre (to specify/à spécifier)				
Total amount billed/Montant total facture (100%)		22631 Rwf		
Patient contribution/Ticket modérateur (200 Rwf/0 Rwf)		1800 Rwf		
Amount to be paid by RSSB-CBHI/Montant à payer par RSSB-CBHI		20831 Rwf		
		Date: <u>10-07-2020</u>		

Beneficiary name & signature/Nom et signature du bénéficiaire BAMPORIKI EVALISTE

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