

INCONNUE

Adresse :

N° d Téléphone :

Adresse E-mail :

N° DE FACTURE	#00001
IDENTIFIANT DU PATIENT	LIFWA BILLY
DATE DE FACTURATION	HIER À 15:00
DATE D'ÉCHÉANCE	--

🛒 Montant Total

\$ 27.00

💵 Montant Payé

\$ 0.00

💶💵 Reste

\$ 27.00

SERVICE MÉDICAL	COÛT
Fiche : <div>FDSFGDS</div>	8.00 \$
Hospitalisation <div>× 1 JOUR(S)</div>	19.00 \$
SOUS-TOTAL	19.00 \$
TOTAL GÉNÉRAL	27.00 \$

SOUS-TOTAL	27.00 \$
TVA	-
MONTANT TTC	27.00 \$
REMISE	-
NET À PAYER	27.00 \$

Pour toutes questions concernant cette facture, veuillez contacter :