



# FACTURE PROFORMA N° GMHIS-QUO330633

Date: 19/10/2023

Heur: 10:47:55

Etablissement Payeur : **CLIENT COMPTANT**

Nom Patient : **MOHAMED KEBE**

Code Patient : **GMHIS-QUO330633**

Affection :

Indication :

Date	Acte	Libelle de l'acte	NB/Co	PU	Montant	Medecin
19/10/2023			1	9800	9800	
19/10/2023			63	7938000	126000	
19/10/2023			2	72000	36000	
19/10/2023			70	9800000	140000	Antoine Amian
19/10/2023			20	800000	40000	
19/10/2023			2	180000	90000	
19/10/2023			25	1250000	50000	