



Nom et prénom du bénéficiaire: **Rakoto Jean**

Adresse du bénéficiaire: **Anosy**

Nom du prestataire de soin: **Pharmacie Ankadifotsy**

Adresse du prestataire de soin: **Ankadifotsy Jean**

Date de la facture: **2022/11/23**

Medicament	Quantité
Aplenzolam	3

Total: 3600 Ar