



Numero facture: **REF-1**

Nom et prénom du bénéficiaire: **John Doe**

Adresse du bénéficiaire: **Anosy**

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

Adresse du prestataire de soin: **Lot IB 88 Andoharanofotsy**

Date de la facture: **2022/12/12**

Medicament	Quantité
Aplenzolam-comprimé	3
Nitrovirase-injectable	1

Total: 11 000 Ar