



Numero facture: **REF-1**

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

Adresse du bénéficiaire: **Andoharanofotsy**

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

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

Date de la facture: **2022/11/28**

Medicament	Quantité
Nitrovirase-injectable	2
Aplenzolam-sirop	1
Aplenzolam-suppositoire	3

Total: 27000 Ar