

CENTRE HOSPITALIER 81 CENTRE HOSPITALIER EURE SEINE										N° FINESS 270023724										N° TITRE		0124660		
										N° SIRET 26270874600215										EMIS ET RENDU EXECUTOIRE LE		19-05-2020		
MALADE	N° DOSSIER E 045736126 81-0 Soins Externes										Née le 31-01-1983										N° BORDEREAU		H 0000433	
	NOM BAOUDOUR										Soins du 26-04-2020										N° FEUILLET		1	
	NOM JF NIAKH										au 26-04-2020										EXERCICE		20 4115100	
	PRENOM MAME FAMA																				RDT			
ADRESSE	BAOUDOUR MAME FAMA										NOM BAOUDOUR MAME FAMA													
	30 RUE FRANKLIN ROOSEVELT										N° AFFILIATION 2830199341248 61										RISQUE 10			
27000 EVREUX										ORGANISME 01 271 008 3										EVENEMENT				
OBS	DO 010120 311220 HCR COLONNA										LOT 05													
											PGM s09f04R201_000													
										EDITION-FL/AU01 563														
										N° MUTUALISTE 4420372														
DATE DEBUT	DATE FIN	GHS	ACTE OU LIBELLE							NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONS.	TX	A VOTRE CHARGE	DMT M.TRT UF OU COMPTE									
			Code	Cram	Aut	Doc	Phas	Modif	Asso	Remb	Supp													
26-04-20			MM	MAJ	NUIT	00:00	06:00					100	4000		020									
Montant	100% :	*****	40,00		Autre(s)	débiteur(s)	:	*****	32,00						800732412									
26-04-20			G	CONSULT	GENERALISTE							100	2500		020									
Montant	100% :	*****	25,00		Autre(s)	débiteur(s)	:	*****	20,00						500732412									
26-04-20			ATU	forfait	urgences							100	2542		020									
Montant	100% :	*****	25,42		Autre(s)	débiteur(s)	:	*****	20,34						508732421									
26-04-20			ADI	ACTES	D	IMAGERIE						100	5444		020									
Montant	100% :	*****	54,44		Autre(s)	débiteur(s)	:	*****	43,55						1089732412									
26-04-20			ADI	ACTES	D	IMAGERIE						100	075		020									
Montant	100% :	*****	0,75		Autre(s)	débiteur(s)	:	*****	0,60						015732412									
26-04-20			B	LABORATOIRE								500	027		020									
Montant	100% :	*****	1,35		Autre(s)	débiteur(s)	:	*****	1,08						027732412									
26-04-20			B	LABORATOIRE								2500	027		020									
Montant	100% :	*****	6,75		Autre(s)	débiteur(s)	:	*****	5,40						135732412									
26-04-20			B	LABORATOIRE								2000	027		020									
Montant	100% :	*****	5,40		Autre(s)	débiteur(s)	:	*****	4,32						108732412									
26-04-20			B	LABORATOIRE								1600	027		020									
Montant	100% :	*****	4,32		Autre(s)	débiteur(s)	:	*****	3,46						086732412									
26-04-20			B	LABORATOIRE								2200	027		020									
Montant	100% :	*****	5,94		Autre(s)	débiteur(s)	:	*****	4,75						119732412									
26-04-20			B	LABORATOIRE								500	027		020									
Montant	100% :	*****	1,35		Autre(s)	débiteur(s)	:	*****	1,08						027732412									
26-04-20			B	LABORATOIRE								600	027		020									
Montant	100% :	*****	1,62		Autre(s)	débiteur(s)	:	*****	1,30						0327									

Titre émis et rendu exécutoire en application de l'article L252A du livre des procédures fiscales et de l'article L6145-9 du code de la santé publique.

[illegible]

MODALITES DE REGLEMENT :**1) EN CARTE BANCAIRE OU EN ESPECES** (dans ce cas montant plafonné à 300 €uros) :
(art.19 de la loi 2013-1279 du 29 décembre 2013)

Muni(e) de la présente facture et en vous rendant à l'adresse suivante :

Trésorerie Hospitalière
Boulevard Georges Chauvin
27000 EVREUXOu dans toute autre Trésorerie proche de votre domicile muni(e) **obligatoirement** de la présente facture.Le paiement par CARTE BANCAIRE est également possible par téléphone au 02.32.24.95.90 : - lundi, mercredi et vendredi de 8h45 à 12h et de 13h15 à 16h
- mardi et jeudi : de 8h45 à 12h.**2) PAIEMENT en LIGNE** : se connecter sur www.tipi.budget.gouv.fr OU sur le site www.chi.eureseine.fr à la rubrique « paiement en ligne de ma facture », muni(e) des références figurant au recto de votre facture.**3) PAR CHEQUE** : établi à l'ordre du « Trésor Public » accompagné du « talon de paiement N°2 » (sans agrafe, ni colle) et adressés sous pli, à l'adresse ci - dessus indiquée.**4) PAR VIREMENT ou MANDAT** : sur le compte de la Trésorerie d'Evreux - Etablissements Hospitaliers (RIB indiqué au recto de cette facture) et en reportant les références mentionnées sur le « talon N°3 » dans la partie réservée à cet effet sur le virement ou le mandat.**COMMENT RECLAMER OU CONTESTER :**

Pour tout renseignement complémentaire sur la créance dont le paiement vous est réclamé, vous devez contacter le Centre Hospitalier de l'établissement dans lequel vous avez été hospitalisé ou admis en consultation ou soins externes dont les coordonnées figurent au verso.

Pour contester le bien-fondé de cette créance, vous devez déposer un recours devant le tribunal administratif de Rouen dans un délai de deux mois suivant la réception du titre exécutoire ou, à défaut, du premier acte procédant de ce titre ou de la notification d'un acte de poursuite (cf. 2° de l'article L.1617-5 du code général des collectivités territoriales).

Toute somme non acquittée dans le délai de 30 jours de la réception du présent avis fera l'objet de poursuites engagées par le comptable public indiqué au verso (seul celui-ci peut accorder un délai de paiement dans des cas exceptionnels). Pour contester ces poursuites, vous devez déposer un recours devant le juge de l'exécution mentionné aux articles L.213-5 et L.213-6 du code de l'organisation judiciaire dans un délai de deux mois suivant la notification de l'acte contesté (cf. 2° de l'article L.1617-5 du code général des collectivités territoriales).

A découper suivant les pointillés

2

Talon de paiement

Talon de paiement complet

Chèque

Trésorerie

MODE DE PAIEMENT

- PAR CHÈQUE :
 - Etablissez votre chèque à l'ordre du TRÉSOR PUBLIC.
 - Adressez-le, sans agraffer ni coller, avec le talon de paiement à la Trésorerie (adresse ci-dessus).
- EN ESPÈCES OU CARTE BANCAIRE :
 - Présentez-vous à la caisse de la Trésorerie, muni de ce document.

Ne rien inscrire dans cette zone.

Si vous réglez par mandat postal ou par virement

3

Reportez les références de ce talon n° 3 dans la partie réservée à la correspondance du mandat.

PARTIE A CONSERVER