

AVIS DES SOMMES A PAYER

Titre exécutoire en application de l'article L 252 A du livre des procédures fiscales, pris, émis et rendu exécutoire conformément aux dispositions des articles R 2342-4, R 3342-8-1 et R 4341-4 du code général des collectivités territoriales

C.H. LORQUIN		570000133		N° de Titre	0000577	
Centre hospitalier		Ville		Matricule		
N° ENTREE: 002000465		ETABL: CENTRE HOSPITALIER		570000885		
SIRET: 26570009600018				Emis et rendu exécutoire le		
				27/05/20		
Nom : THIL MARCEL		le: 20/01/1986		N° Bordereau		
Né(e) : THIL		à: ST AVOLD		43		
ENTREE: 28/02/19		PFS: 01		N° Feuillet		
				1		
				Exercice		
				2020		
6 RUE DES LILAS				RDT		
57690 FLETRANGE						
		ASSURE		Nom: THIL MARCEL		
				PIECE:		
				BEN: 01		
				ORG: 01571000		
				N°: 186015760608405		
				RISQ28 MT03		
OBS. PRISE EN CHARGE LIMITEE AU 29/05/20						
FACTURE PARTIELLE DU 01/03/20 AU 30/04/20 Réf. Débiteur: PEC:						
DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITE	TAUX A VOTRE CHARGE	TVA
010320	MEDECINE	11	61	437 29	0 00	0 00
	FORFAIT JOURNALIER	61	15 00	0 00	100	915 00
						DMT : 230
						DMT : 230
PARTIE A CONSERVER						
						TOTAL TVA
						TOTAL HT
RENSEIGNEMENTS HOPITAL :						915.00 A PAYER



Pour les
modalités de
paiement se
reporter au verso
du présent avis

PAIEMENT

BDF METZ
RIB: 3000100529D5780000000 82
IBAN:
BIC:
Heures d'ouverture :
LE MATIN DE 9H00 A 12H15
FERMETURE L'APRES-MIDI
Téléphone :
0387248010

915.00 A PAYER
Euros

TALON A JOINDRE
A VOTRE PAIEMENT

IDENTIFICATION

057023
N° entrée :
002000465
N° titre :
0000577
C.H. :
50 ET:50
Exercice :
2020
Montant :

P.C : 057023
DOS : 002000465
NOM : THIL MARCEL
TIT : 0000577
MONTANT : 915.00E
CH : 50 ET : 50
EXC : 2020

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE ZONE

RECETTE PERCEPTION LORQUIN
1 DU DOCTEUR LORAIN

57790 LORQUIN

ALMERYS
46 RUE DU RESSORT

63967 CLERMONT FERRAND

+00000009150068057023005067200200046520038>0000577000045

915.00 Eur

1

MODALITES DE REGLEMENT :

- Par règlement en numéraire ou par carte bancaire à la caisse du comptable chargé du recouvrement : veuillez rapporter dans ce cas le présent avis en venant payer, un reçu vous sera remis.
- Par chèque bancaire ou virement postal adressé au comptable chargé du recouvrement : veuillez joindre le talon détachable à votre chèque, sans le coller ni l'agrafer ;
- Par mandat ou virement sur le compte courant du comptable chargé du recouvrement : veuillez inscrire très lisiblement dans le cadre «correspondance» les références portées sur le talon détachable.

LIBELLEZ obligatoirement le chèque ou le mandat à l'ordre du TRESOR PUBLIC, dans votre intérêt n'envoyez en aucun cas un chèque sans indication du bénéficiaire ainsi que les références de la créance dont vous vous acquittez.

RENSEIGNEMENTS, RECLAMATIONS, DIFFICULTES DE PAIEMENT:

- Renseignements : si vous souhaitez obtenir des renseignements sur le décompte ou la mise à votre charge des sommes dues ou si vous estimez qu'une erreur a été commise, adressez-vous aux services de l'établissement désigné au recto du présent acte
- Réclamations : si vous avez une réclamation amiable à formuler, adressez-vous aux services de l'établissement désigné au recto du présent acte
* Attention : la contestation amiable ne suspend pas le délai de saisine du tribunal
- Difficultés de paiement : si vous avez des difficultés pour régler la somme qui vous est réclamée, adressez-vous, muni des justificatifs de votre situation, au comptable chargé du recouvrement désigné au recto du présent acte.

VOIES DE RECOURS :

Dans le délai de deux mois suivant la notification du présent acte (article L1617-5 du code général des collectivités territoriales), vous pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant directement le tribunal compétent selon la nature de la créance :

- produits hospitaliers (frais d'hospitalisation, soins, frais d'hébergement, forfait journalier) : tribunal administratif

* Si vous souhaitez être assisté d'un avocat et si vous remplissez les conditions fixées par la loi n° 91-647 du 10 juillet 1991, vous pouvez bénéficier de l'aide juridictionnelle. Vous devez en formuler la demande auprès du tribunal de grande instance.

TOUTE CORRESPONDANCE AVEC LE COMPTABLE DE L'ETABLISSEMENT OU L'HOPITAL DOIT ETRE AFFRANCHIE.

TALON DE PAIEMENT

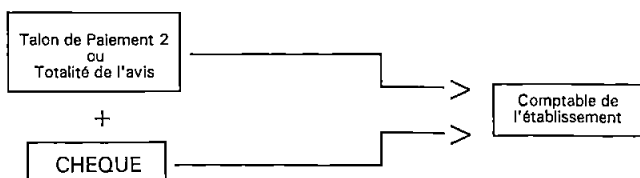
Si vous réglez

En ESPECES :

- PRESENTEZ-VOUS aux guichets du comptable de l'établissement indiqué au recto muni du présent avis.

Par CHEQUE : (sous pli affranchi)

- à l'adresse de paiement indiqué au recto.
- joignez votre chèque libellé à l'ordre du Trésor Public à ce talon de paiement n° 2, sans agrafer ni plier.



Si vous réglez

Par mandat
ou virement

Collez ce talon
N° 3 sur la
partie réservée
à la correspondance
du chèque postal
ou du mandat.