

## AVIS DES SOMMES A PAYER

Titre exécutoire en application des articles L.252A du LPF et L.1617-5, R.2342-4 et D.3342-11 du CGCT et L.6145-9 du code de la santé.  
par Mr MEYER PHILIPPE, DIRECTEUR

HOPITAL	CHIC MARMANCE - TONNEINS C. H. I. C. ( SITE DE TONNEINS) 76 Rue Docteur COURRET 47207 MARMANDE CEDEX	Finess 470001660 Finess 470000555	N° Siret 264703612	AD 8
---------	---	--------------------------------------	--------------------	------

BENEFICIAIRE	Nom FAUGERON Né(e) DURON Prénom SALOME Né(e) le 26/01/1941 Adresse 2174 ROUTE CHAUZEE  47320 CLAIRAC  N° IEP 123024650/042 N° IPP 000709211 Risq. 10 ENTREE: 23/06/2023	Exp.	TRESORERIE ETS HOSPI AGEN RUE RENE BONNAT CITE ADMINISTRATIVE LACUEE BAT B 47921 AGEN CEDEX 9
ASSURE	Nom FAUGERON SALOME NN 241012610800868 Ben. ORG-014714125 N° Mutualiste N151042 SE LARA	Destinataire	MMC PRAECONIS PREVALOIS 6 RUE PAUL MOREL BP 80283 70000 VESOUL
OBS.	Prestations		Orienté médecin traitant (MTO)

DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITE	TAUX	A VOTRE CHARGE	PREST UP
230623	Actes d' imagerie	ADI	1,00	29,97	30	8,99	32-034 0401

## RENSEIGNEMENTS TRESOR PUBLIC

Ouverture : Lu-Ma-Me-Je-Ve 8H30-12H00

Téléphone 0553660691 BDF BDF C4740000 RIB 3000100103 C474000000067 € Acompte  
IBAN FR213000100103C474000000067 BIC BDFEFRPPCCT € A PAYERUNE ATTESTATION DE PAIEMENT SERA DELIVREE APRES ENCAISSEMENT DU TRESOR PUBLIC  
IDENTIFIANT COLLECTIVITE 013094

## TALON DE PAIEMENT

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

Débiteur: 322765

## IDENTIFICATION

PC. 047002

\* E \*  
CH. 037 ET. 042  
EXC. 2023  
DOS. TIT. 123024650  
760579Références : HTR - n° codique 047002  
étab 042 exercice 2023n° entrée 123024650  
n° titre 230760579037000  
Montant : 8,99 euros

Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier

MMC PRAECONIS PREVALOIS  
6 RUE PAUL MOREL  
BP 80283  
70000 VESOUL807A6E  
CHIC MARMANCE - TONNEINS

€ \*

TRESORERIE ETS HOSPI AGEN  
RUE RENE BONNAT  
CITE ADMINISTRATIVE LACUEE BAT B  
47921 AGEN CEDEX 9

montant en euros

Montant : 8,99 €

000000137235

950033000169 15100007605790000010470025993806

899

N° TITRE	760579
Emis et rendu exécutoire le	06/07/2023
N° Bordereau	7340
N° Feuillet	1
Exercice	2023
RDF	322765

**RENSEIGNEMENTS PAIEMENTS : cette facture est payable à réception**

➤ Vous pouvez payer soit :

- par Paiement en ligne : <http://www.chicmt.fr>
  - Cliquer « Payer une facture »
  - Une aide pour trouver les champs à remplir se trouve dans la notice se situant au-dessus du lien.

**IDENTIFIANT COLLECTIVITÉ 013094**

Consultez la notice-paiement-en-ligne

+ préciser également le numéro de titre (en haut à droite)

- Auprès des buralistes partenaires agréés dont la liste est consultable sur la page : [www.impots.gouv.fr/portail/paiement-proximite](http://www.impots.gouv.fr/portail/paiement-proximite) soit par carte bancaire sans limitation de montant, soit en numéraire pour un montant inférieur à 300 euros. Le buraliste remettra un justificatif de paiement.
- Par virement bancaire ou postal en rappelant obligatoirement dans la zone correspondante les références du titre portées en haut et à droite du présent avis. Le virement est à faire sur le compte Banque de France de la trésorerie :

RIB	30001 00103 C47 4000000067
IBAN	FR21 3000 1001 03C4 7400 0000 067
BIC	BDFEFRPPCCT

- Par carte bancaire, à distance, au numéro de téléphone suivant : 05 53 66 06 91

*Si vous n'avez pas d'autres moyens de paiement :*

Adresssez sous enveloppe dûment affranchie, votre chèque bancaire ou postal à l'ordre du Trésor Public + le talon de paiement à l'adresse suivante : Trésorerie Etablissements Hospitaliers, rue René Bonnat, Cité Administrative Lacuée - Bâtiment B – 47921 AGEN CEDEX 9.

➤ Si vous avez des difficultés pour payer les sommes dues, présentez vous à la Trésorerie d'Agen en vous munissant du présent avis ou écrivez en rappelant les références suivantes : exercice et numéro de titre.

**RENSEIGNEMENTS HOPITAL**

➤ Si vous souhaitez des renseignements sur le décompte ou la mise à votre charge des sommes dues, adressez vous à l'hôpital (bureau de l'Accueil de l'établissement dans lequel vous avez été hospitalisé ou admis en consultation externe).

➤ Voies de recours : Dans un délai de deux mois suivant la réception du présent document (articles L.6145-9 du code de la santé publique et L.1617-5 du code général des collectivités territoriales), vous pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant directement le tribunal administratif ou le tribunal judiciaire compétent selon la nature de la créance (exemple : tribunal administratif pour les produits hospitaliers : frais d'hospitalisation, soins, frais d'hébergement et forfait journalier et le tribunal d'instance ou de grande instance selon leur montant pour les autres créances).

Vous pouvez auparavant faire un recours gracieux auprès du Directeur de l'Hôpital : l'absence de réponse pendant deux mois vaut décision implicite de rejet.

**Information :**

- si vous êtes assuré social et que cet avis vous réclame la totalité des frais hospitaliers, vous disposez d'un délai de deux ans pour faire valoir vos droits à remboursement par votre régime d'assurance maladie et éventuellement par votre mutuelle. Passé ce délai vous ne pourrez plus être remboursé.
- Après complet paiement du présent avis une attestation de paiement vous sera adressée à votre domicile.

**AFFRANCHIR TOUTE CORRESPONDANCE AVEC LA TRESORERIE OU L'HOPITAL**



**RENSEIGNEMENTS PAIEMENTS : cette facture est payable à réception**

➤ Vous pouvez payer soit :

- par Paiement en ligne : <http://www.chicmt.fr>
  - Cliquer « Payer une facture »
  - Une aide pour trouver les champs à remplir se trouve dans la notice se situant au-dessus du lien.

**IDENTIFIANT COLLECTIVITÉ 013094**

Consultez la notice-paiement-en-ligne

+ préciser également le numéro de titre (en haut à droite)

- Auprès des buralistes partenaires agréés dont la liste est consultable sur la page : [www.impots.gouv.fr/portail/paiement-proximite](http://www.impots.gouv.fr/portail/paiement-proximite) soit par carte bancaire sans limitation de montant, soit en numéraire pour un montant inférieur à 300 euros. Le buraliste remettra un justificatif de paiement.
- Par virement bancaire ou postal en rappelant obligatoirement dans la zone correspondante les références du titre portées en haut et à droite du présent avis. Le virement est à faire sur le compte Banque de France de la trésorerie :

RIB	30001 00103 C47 4000000067
IBAN	FR21 3000 1001 03C4 7400 0000 067
BIC	BDFFFRPPCCT

- Par carte bancaire, à distance, au numéro de téléphone suivant : 05 53 66 06 91

*Si vous n'avez pas d'autres moyens de paiement :*

Adresser sous enveloppe dûment affranchie, votre chèque bancaire ou postal à l'ordre du Trésor Public + le talon de paiement à l'adresse suivante : Trésorerie Etablissements Hospitaliers, rue René Bonnat, Cité Administrative Lacuée - Bâtiment B – 47921 AGEN CEDEX 9.

➤ Si vous avez des difficultés pour payer les sommes dues, présentez vous à la Trésorerie d'Agen en vous munissant du présent avis ou écrivez en rappelant les références suivantes : **exercice et numéro de titre.**

**RENSEIGNEMENTS HOPITAL**

➤ Si vous souhaitez des renseignements sur le décompte ou la mise à votre charge des sommes dues, adressez vous à l'hôpital (bureau de l'Accueil de l'établissement dans lequel vous avez été hospitalisé ou admis en consultation externe).

➤ Voies de recours : Dans un délai de deux mois suivant la réception du présent document (articles L.6145-9 du code de la santé publique et L.1617-5 du code général des collectivités territoriales), vous pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant directement le tribunal administratif ou le tribunal judiciaire compétent selon la nature de la créance (exemple : tribunal administratif pour les produits hospitaliers : frais d'hospitalisation, soins, frais d'hébergement et forfait journalier et le tribunal d'instance ou de grande instance selon leur montant pour les autres créances).

Vous pouvez auparavant faire un recours gracieux auprès du Directeur de l'Hôpital : l'absence de réponse pendant deux mois vaut décision implicite de rejet.

**Information :**

- si vous êtes assuré social et que cet avis vous réclame la totalité des frais hospitaliers, vous disposez d'un délai de deux ans pour faire valoir vos droits à remboursement par votre régime d'assurance maladie et éventuellement par votre mutuelle. Passé ce délai vous ne pourrez plus être remboursé.
- Après complet paiement du présent avis une attestation de paiement vous sera adressée à votre domicile.

**AFFRANCHIR TOUTE CORRESPONDANCE AVEC LA TRESORERIE OU L'HOPITAL**

**AVIS DES SOMMES A PAYER**

 Titre exécutoire en application des articles L.252A du LPF et L.161-7-5, R.2342-4 et D.3342-11 du CGCT et L.6145-9 du code de la santé.  
 par Mr MEYER PHILIPPE, DIRECTEUR

<b>HOPITAL</b>	CHIC MARMANDE - TONNEINS C. H. I. C. ( SITE DE MARMANDE) 76 Rue Docteur COURRET 47207 MARMANDE CEDEX	Finess 470001660 Finess 470000480	N° Siret 264703612	EC 28
----------------	---	--------------------------------------	--------------------	-------

<b>BENEFICIAIRE</b>	Nom GRENIER Né(e) HERRERA Prénom LUCE Né(e) le 26/06/1954 Adresse 1545 ROUTE DE LA CANAULE LD TALEZE  47400 GONTAUD DE NOGARET  N° IEP 123021812/037 N° IPP 000351537 Risq. 10 ENTREE: 22/06/2023
<b>ASSURE</b>	Nom GRENIER LUCE NN 254069935239617 Ben. ORG-014714125 N° Mutualiste N160381
<b>OBS.</b>	Prestations

Exp.

 TRESORERIE ETS HOSPI AGEN  
 RUE RENE BONNAT  
 CITE ADMINISTRATIVE LACUEE BAT B  
 47921 AGEN CEDEX 9

<b>N° TITRE</b>	758259
Emis et rendu exécutoire le	06/07/2023
<b>N° Bordereau</b>	7334
<b>N° Feuillet</b>	1
<b>Exercice</b>	2023

Destinataire

 MMC PRAECONIS PREVALOIS  
 6 RUE PAUL MOREL  
 BP 80283  
 70000 VESOUL

DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITE	TAUX	A VOTRE CHARGE	PREST	UF
220623	Actes d' échographie	ADE	1,00	37,80	30	11,34	32-034 0930	

 SERVICE COURRIER LE  
 17 JUIL. 2023

**RENSEIGNEMENTS TRESOR PUBLIC**

Ouverture : Lu-Ma-Me-Je-Ve 8H30-12H00

**Quittance**

11,34 €

 Téléphone 0553660691 BDF BDF C4740000 RIB 3000100103 C4740000 00067  
 IBAN FR213000100103C474000000067 BIC BDFEFRPPCCT 11,34 € Acompte  
 € A PAYER

 UNE ATTESTATION DE PAIEMENT SERA DELIVREE APRES ENCAISSEMENT DU TRESOR PUBLIC  
 IDENTIFIANT COLLECTIVITE 013094

**TALON DE PAIEMENT**

 MMC PRAECONIS PREVALOIS  
 6 RUE PAUL MOREL  
 BP 80283  
 70000 VESOUL

 807A6E  
 CHIC MARMANDE - TONNEINS

€ \*

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

Débiteur: 322765

Références : HTR - n° codique 047002

étab 037 exercice 2023

IDENTIFICATION

PC. 047002

n° entrée 123021812

\* E \* CH. 037 ET. 037

n° titre 230758259037000

EXC. 2023

Montant : 11,34 euros

DOS.

TIT. 123021812

Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier

758259

TRESORERIE ETS HOSPI AGEN

RUE RENE BONNAT

CITE ADMINISTRATIVE LACUEE BAT B

47921 AGEN CEDEX 9

montant en euros

Montant : 11,34 €

000000137235

950033000169 571000758259000010470025959806

1134

## RENSEIGNEMENTS PAIEMENTS : cette facture est payable à réception

➤ Vous pouvez payer soit :

- par Paiement en ligne : <http://www.chicmt.fr>
  - Cliquer « Payer une facture »
  - Une aide pour trouver les champs à remplir se trouve dans la notice se situant au-dessus du lien.

## **IDENTIFIANT COLLECTIVITÉ 013094**

Consultez la notice-paiement-en-ligne

+ préciser également le numéro de titre (en haut à droite)

- Auprès des buralistes partenaires agréés dont la liste est consultable sur la page : [www.impots.gouv.fr/portail/paiement-proximite](http://www.impots.gouv.fr/portail/paiement-proximite) soit par carte bancaire sans limitation de montant, soit en numéraire pour un montant inférieur à 300 euros. Le buraliste remettra un justificatif de paiement.
- Par virement bancaire ou postal en rappelant obligatoirement dans la zone correspondante les références du titre portées en haut et à droite du présent avis. Le virement est à faire sur le compte Banque de France de la trésorerie :

RIB	30001 00103 C47 4000000067
IBAN	FR21 3000 1001 03C4 7400 0000 067
BIC	BDFEFRPPCCT

- Par carte bancaire, à distance, au numéro de téléphone suivant : 05 53 66 06 91

*Si vous n'avez pas d'autres moyens de paiement :*

Adresssez sous enveloppe dûment affranchie, votre chèque bancaire ou postal à l'ordre du Trésor Public + le talon de paiement à l'adresse suivante : Trésorerie Etablissements Hospitaliers, rue René Bonnat, Cité Administrative Lacuée - Bâtiment B – 47921 AGEN CEDEX 9.

➤ Si vous avez des difficultés pour payer les sommes dues, présentez vous à la Trésorerie d'Agen en vous munissant du présent avis ou écrivez en rappelant les références suivantes : exercice et numéro de titre.

## RENSEIGNEMENTS HOPITAL

➤ Si vous souhaitez des renseignements sur le décompte ou la mise à votre charge des sommes dues, adressez vous à l'hôpital (bureau de l'Accueil de l'établissement dans lequel vous avez été hospitalisé ou admis en consultation externe).

➤ Voies de recours : Dans un délai de deux mois suivant la réception du présent document (articles L.6145-9 du code de la santé publique et L.1617-5 du code général des collectivités territoriales), vous pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant directement le tribunal administratif ou le tribunal judiciaire compétent selon la nature de la créance (exemple : tribunal administratif pour les produits hospitaliers : frais d'hospitalisation, soins, frais d'hébergement et forfait journalier et le tribunal d'instance ou de grande instance selon leur montant pour les autres créances).

Vous pouvez auparavant faire un recours gracieux auprès du Directeur de l'Hôpital : l'absence de réponse pendant deux mois vaut décision implicite de rejet.

## Information :

- si vous êtes assuré social et que cet avis vous réclame la totalité des frais hospitaliers, vous disposez d'un délai de deux ans pour faire valoir vos droits à remboursement par votre régime d'assurance maladie et éventuellement par votre mutuelle. Passé ce délai vous ne pourrez plus être remboursé.
- Après complet paiement du présent avis une attestation de paiement vous sera adressée à votre domicile.

**AFFRANCHIR TOUTE CORRESPONDANCE AVEC LA TRESORERIE OU L'HOPITAL**

**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**

Liberté  
Égalité  
Fraternité

**Titre de Recette - Facture**

Titre exécutoire émis le 07/07/2023  
conformément aux articles L252A du livre des procédures fiscales et  
L1617.5 et suivants du code général des collectivités territoriales  
Ordonnateur : Nicolas REVEL Directeur Général de l'APHP

**Références à rappeler**

N° de titre: 234275236066000 Compte Client : 118642

Commande du : Livrée le :

N° du titre annulé :

**Réserve à l'administration**

Exercice : 2023 Code débiteur :

**Hôpital**

GH PITIE-SALPETRIERE  
47-83 BOULEVARD DE L'HOPITAL  
75651 PARIS CEDEX 13

Tél : 01 42 17 60 60

Produit : TRAITEMENTS EXTERNES

N° SIRET : 26750045200524 Code FINESS : 750100125

N° TVA Intracommunautaire : FR.95.267.500.452

**Client**

Donneur d'ordre  
**MMC MUTUELLE MEDICO CHIRURGICALE**  
6 RUE PAUL MOREL  
BP 80283  
70006 VESOUL CEDEX

**Patient**

RIVATON JOSEPHINE  
RIVATON  
70140 VALAY

Né(e) : RIVATON

Le : 26/10/1999

A : BESANCON

**Récapitulatif**

Montant total de la facture

**Assuré**

RIVATON JOSEPHINE  
N° S.S. : 299102505660014  
Bénéficiaire : 0 Régime :  
Organisme :  
Risque : 00

**Prise en charge**

Date Hosp. Ant. : Coeff :  
Référence : Taux : 0  
Du : 30/05/2023 au : 30/06/2023

**HT**

15,73

**Accident du travail**

Date :

N° :

**Parcours de Soins**

Parcours : OUI

Médecin : BOSSY LAURENCE

**Facturation**

Du : 30/05/2023 Mode d'entrée :

Au : 30/05/2023 Mode de sortie :

N° Entrée : 32087504 NIP/IPP : 8016822925

**TVA**

0,00

**TTC**

15,73

Somme restant à payer

15,73 €



Voir consignes de paiement détaillées au verso.

**PAIEMENT EN  
LIGNE**



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

**PAIEMENT DE  
PROXIMITÉ**



MMC MUTUELLE MEDICO CHIRURGICALE  
6 RUE PAUL MOREL  
BP 80283  
70006 VESOUL CEDEX



**Talon de paiement**

Exercice : 2023  
N° de titre : 234275236066000  
Compte Client : 118642  
MONTANT en euros : 15.73

CENTRE D'ENCAISSEMENT  
DES FINANCES PUBLIQUES  
94974 CRETEIL CEDEX 9



NE RIEN INSCRIRE SOUS CE TRAIT - NE PAS PLIER

000000001239

321435000128 82060660002342752300753002978806

1573

## **1) COMMENT PAYER CETTE FACTURE DANS LES 30 JOURS :**

-Si vous payez par virement bancaire adressé à la direction spécialisée des finances publiques pour l'AP-HP, indiquez dans sa zone de libellé le numéro de titre (15 caractères) figurant dans la rubrique « Références à rappeler » en haut à gauche du verso de la présente facture, faute de quoi votre paiement sera rejeté. Si vous payez plusieurs factures au moyen d'un seul virement, mentionnez dans cette zone votre numéro de compte client (6 caractères) et adressez-nous simultanément la liste de tous les numéros de titres concernés par message électronique à [daphp.encaissements@dgfip.finances.gouv.fr](mailto:daphp.encaissements@dgfip.finances.gouv.fr) pour que votre paiement puisse être enregistré. Nos coordonnées bancaires sont les suivantes : IBAN FR13 3000 1000 64W7 5300 0000 037 ;

-Vous pouvez aussi payer cette facture avec votre carte bancaire sur notre site internet sécurisé [www.aphp.fr](http://www.aphp.fr) en cliquant l'icône "Payer en ligne" ou en flashant le QR-code imprimé, en bas à gauche, au recto.

en toute simplicité, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. L'ensemble de vos factures à payer y est consultable. Vous trouverez en ligne les consignes à suivre ainsi qu'une foire aux questions sur ce mode de paiement déjà utilisé par des milliers de personnes chaque jour ;

-A défaut, vous pouvez enfin payer par chèque libellé à l'ordre du Trésor Public à adresser par voie postale à notre centre d'encaissement des chèques de Créteil (adresse mentionnée sur le talon de paiement). Joignez impérativement le "talon de paiement", détaché en bas du recto de la présente facture, à votre chèque dans l'enveloppe retour ci-jointe, sans agrafe, sans trombone et sans aucune lettre d'accompagnement qui ne pourrait pas être traitée par ce centre.

## **2) AUTRES DEMARCHE POSSIBLES CONCERNANT CETTE FACTURE :**

Si vous souhaitez obtenir des renseignements supplémentaires sur cette facture, après avoir consulté la documentation en ligne sur notre site Internet [www.aphp.fr](http://www.aphp.fr), complétez le formulaire en ligne, en vous munissant de la présente facture, sur notre site [www.aphp.fr/formulaire/une-question](http://www.aphp.fr/formulaire/une-question).

Après sélection de "Facturation et paiement" dans le premier menu de ce formulaire, choisissez avec soin la nature de votre demande dans son second menu pour qu'elle soit transmise automatiquement à notre service compétent pour y répondre sachant qu'il est différent pour :

-Une question sur le contenu de la facture (son calcul, la prise en compte de votre couverture sociale, les soins indiqués...)

-Une question sur le paiement de la facture (les moyens de paiement, les conséquences d'un retard de paiement...)

Un courrier de contestation de facture doit être adressé directement et uniquement au service de l'AP-HP dont les coordonnées figurent en haut à gauche du verso de la présente facture ("Hôpital...").

Vous pouvez contester le présent acte en saisissant directement le Tribunal administratif s'il s'agit d'une facture de soins ou le Tribunal d'instance pour les autres factures, territorialement compétent dans un délai de deux mois suivant sa notification, conformément au 2<sup>e</sup> de l'article L.1617-5 du code général des collectivités territoriales. Par titre rendu exécutoire en application du 6<sup>e</sup> de l'article L.111-3 du code des procédures civiles d'exécution, de l'article L.252A du livre des procédures fiscales, des articles L.1617-5 et D.1617-23 du code général des collectivités territoriales et L.6145-9 et R.6145-54-4 du code de la santé publique, le détail de la somme qui vous est réclamée est le suivant :

Compte budgétaire	Code Spéc Tarif DMT / MT	Orig. Pr.	Désignation	Majo	Date	Quantité Coefficient Durée	Tarif unitaire	Marge	Montant à 100%	Taux à votre charge	Dépassement	Montant total TTC à votre charge	Taux TVA
73241211	06		ADE - ACTES D'ECHOGRAPHIE		30/05/23	1,00	52,45		52,45	30,00			15,73
<b>Montant total TTC à votre charge</b>													<b>15,73</b>

N : nuit ou enfant de moins de 13 ans ; F : Férié ou dimanche ; U : Urgence ;  
P : Urgence pédiatrie ; Z, B, C, D : Majorations de radiographies

Titre exécutoire en application de l'article L. 252A du livre des procédures fiscales, pris. émis et rendu exécutoire conformément aux dispositions des articles R.2342-4 et D.3342-11 du code général des collectivités territoriales.

Page 2 / 2  
N° titre : 234275236066000

**AVIS DES SOMMES A PAYER**

Titre exécutoire en application de l'article L.252 A du livre de procédures fiscales pris émis et rendu exécutoire, conformément aux dispositions des articles L.1617-5, D.1617-23, R.2342-4, R.3342-8-1 et R.4541-4 du code général des collectivités territoriales par :

FREDERIC BOIRON, DIRECTEUR GENERAL

590780193

Finess

**CHU DE LILLE**

Siret : 26590671900017

590796975

**HOPITAL SALENGRO****DOSSIER 023945353**

Identifiant TVA: FR 262 659 067 19

N° de titre	1602687
émis et rendu exécutoire le	03/07/23
N° Bordereau	11505
Exercice	2023
N° Feuillet	1

**HOPITAL****BENEFICIAIRE****ASSURE****OBS.**

HERBAUT MARIE-JOSE

nom de jeune fille DUBOIS

né(e) le 31/07/1935 A :DOUAI

20 RUE DELATTRE DE TASSIGNY

APPT 403

LILLE

HERBAUT MARIE-JOSE

Ben.01

Risq. RISQ10 MT03 NN 235075917806331

Org. 01595000 N° Mut.

ENTREE :12/06/23 SORTIE :23/06/23

PEC OK SCAN FS CHM 50.00

----- SEJOUR ---- DU 12/06/23 AU 23/06/23 PEC :

RECETTE DES FINANCES CHU  
2 OSCAR LAMBERT  
59037 LILLE CEDEX

695

PRAECONIS  
6 RUE PAUL MOREL  
70006 VESOUL CEDEX

DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITE	TAUX	A VOTRE CHARGE	
120623	MEDECINE AUT UM HC T11	3	1540.47	0.00	20	86428	DMT : 216
	FORFAIT JOURNALIER	3	20.00	0.00	100	6000	DMT : 216
130623	CHAMBRE PARTICULIERE CPC	2	62.00	0.00	81	10000	DMT :
150623	MED GERI ADDI DC HC T03	8	1465.03	0.00	20	218405	DMT : 210
	FORFAIT JOURNALIER	8	20.00	0.00	100	16000	DMT : 210
	TRANSFERT						

SERVICE COURRIER LE  
17 JUIL. 2023**AVIS A CONSERVER - aucun duplicata ne sera délivré.**

3368.33

**RENSEIGNEMENTS HÔPITAL**

PFS: DR

LUNDI AU VENDREDI DE 8H30 A 16 H00 SUR PLACE  
OU PAR TELEPHONE : 03.20.44.52.23

3368.33

€ A PAYER

**RENSEIGNEMENTS TRÉSOR PUBLIC**

contact : t059025@dgfip.finances.gouv.fr

0320535764

Banque de france C5920000

FR483000100468C592000000086

DU LUNDI AU VENDREDI DE 8H30 A 12H00 ET DE 13H00 A 15H30 METRO CHU-EURASANTE

3000100468C5920000000 86

BDFEFRPPCCT

À découper suivant les pointillés

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

**TALON DE PAIEMENT****A JOINDRE A VOTRE CHÈQUE**

Références : Hélios - n° codique 059025  
 01 étab 02 exercice 2023  
 n° entrée 023945353

Référence titre 1602687

**MONTANT EN EUROS**  
**3368.33 €**

PRAECONIS  
6 RUE PAUL MOREL  
70006 VESOUL CEDEX999041  
CHU DE LILLERECETTE DES FINANCES CHU  
2 OSCAR LAMBERT  
59037 LILLE CEDEX

NE RIEN INSCRIRE SOUS CE TRAIT - NE PAS PLIER

000000001239

950033000169 77100016026870000010590255932806

336833

## RENSEIGNEMENTS PAIEMENT cette facture est payable à réception

Adresser votre règlement à l'ordre du Trésor Public, au Centre d'encaissement  
et le remettre dans l'enveloppe à tenir très jointe dûment affranchie.

N'envoyez aucun autre document au Centre d'encaissement

A ce titre et pour utiliser la caisse de dépôts ou d'agences

✓ → Deux façons de payer

\* Si vous n'avez pas d'chèque, chez librairie partenaire

\* par chèque (format max 10x15cm) sur l'avis indiqué au recto

à l'ordre de MÉTIERS TRÉSOR PUBLIC

à envoyer au Centre d'encaissement (voir adresse sur l'avis)

→ par établissement d'ordre du Trésor Public au recto

à l'ordre de MÉTIERS TRÉSOR PUBLIC

→ imprimez obligatoirement dans la zone correspondante les références du  
titre portées en haut et à droite du présent avis

→ si vous ne pouvez pas payer ces sommes dues, écrivez en mentionnant

la cause de votre faillite (exercice, titre no.)

Affranchir toute correspondance avec la Trésorerie ou l'hôpital.

## RENSEIGNEMENTS HOPITAL

Si vous avez une dette au Centre hospitalier, ces sommes dues ou la nature des prestations  
est à régler au Centre hospitalier (adresse et téléphone figurant dans la zone  
du Centre hospitalier)

→ si vous ne pouvez pas régler, adressez-vous au Centre hospitalier, qui est  
obligé de vous entendre et de vous présenter. N'oubliez pas d'informer la trésorerie  
de votre situation

→ si vous êtes dans l'impossibilité de régler au Centre hospitalier, lorsque vous recevez le présent avis, vous pouvez  
faire une demande de cassation au tribunal administratif compétent  
dans les délais prévus par l'article L 1617 5 du Code général des