



*Liberté
Égalité
Fraternité*

LETTRE DE RELANCE

Art. L. 1617-5 du code général des collectivités territoriales



FINANCES PUBLIQUES

Pour nous contacter
 Votre centre des Finances Publiques
 TRESORERIE HOPITAUX DU SUD SEINE ET MARNE
 20 QUAI HIPPOLYTE ROSSIGNOL
 77000 MELUN
 Tél : 01 64 41 31 13
 Mél : th.sud-seine-et-marne@dgfip.finances.gouv.fr
 Accueil du public : LMAJV 8H30-12H RDV 14H-16H
 BIC/IBAN : BDFFFRPPCCT/FR573000100525G776000000050

CENTRE DES FINANCES PUBLIQUES
 TRES. HOPITAUX DU SUD SEINE ET MARNE
 20 QUAI HIPPOLYTE ROSSIGNOL
 77000 MELUN



6429-011828-0029-2



PRAECONIS
 BP 80283
 6 RUE PAUL MOREL
 70006 VESOUL CEDEX

SERVICE COURRIER LE
04 JUIL. 2023

Vos références
 Numéro d'acte : 34134734112

Madame, Monsieur,

Selon mes informations, vous n'avez pas payé les produits dont vous êtes redevable selon les prescriptions légales.

Je vous invite à régulariser dans les meilleurs délais votre situation dont le décompte détaillé figure dans le tableau ci-dessous.
 A défaut, je poursuivrai, à l'issue d'un délai de trente jours suivant la notification du présent document, la procédure visant à obtenir le paiement des sommes précitées.

Situation des sommes dont vous êtes redevable, arrêtée le 22/06/2023, en vertu de titre(s) rendu(s) exécutoire(s) par l'ordonnateur de CH SUD SEINE-ET-MARNE

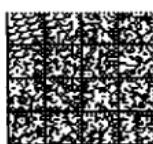
Référence de la créance	Date d'émission	Nom Patient	Dates des soins	Objet de la créance N° Sécu	Montant initial dû	Frais dus	Réductions et versements	Reste à payer
BC10000/EX 2023 T 933	22/06/2023	BALTAR NATHALIE	19/01/2023 19/01/2023 155067832604270	Soins du 19/01/2023 au 19/01/2023	16,72	0,00	0,00	16,72
TOTAL Dû								16,72 €

Si vous avez déjà réglé la totalité du reste à payer ci-dessus, ne tenez pas compte de ce courrier. Si vous rencontrez des difficultés pour payer la somme restant due, je vous invite à me contacter rapidement.

Je me tiens à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de ma considération distinguée.

Le comptable public,
 PHILIPPE Jacques

SERVICE COURRIER LE
17 JUIL. 2023



Application : HELIOS
 Lettre de relance n° 34134734112
 du 22/06/2023

PRAECONIS
 BP 80283
 6 RUE PAUL MOREL
 70006 VESOUL CEDEX

*

SOMME À PAYER : 16,72 Euro(s)

TALON DE PAIEMENT

Références :

POSTE : 077007
 COL/BUD : 10000

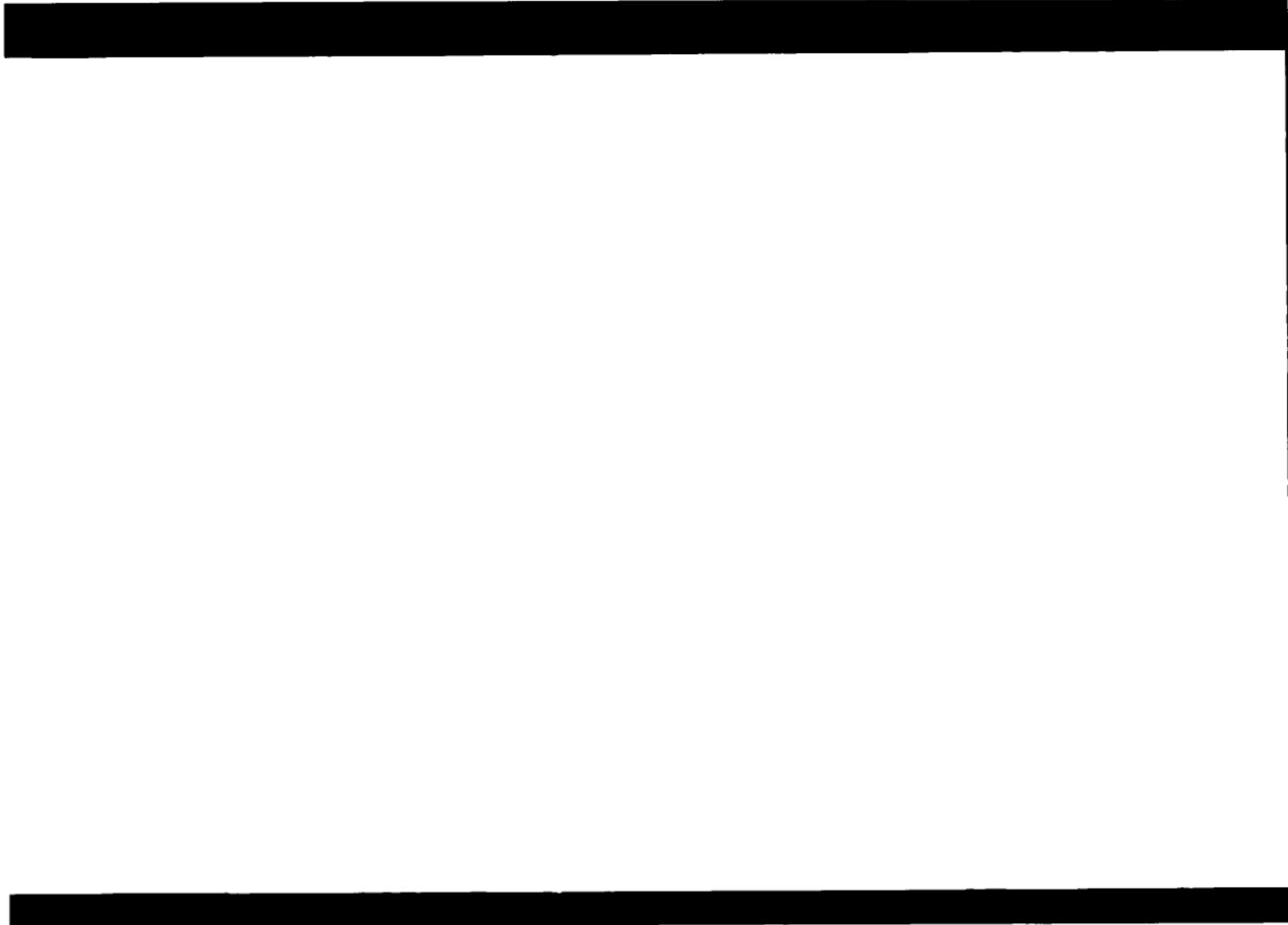
CENTRE D'ENCAISSEMENT
 DES FINANCES PUBLIQUES
 94974 CRETEIL CEDEX 9

Pour utiliser les différents modes de règlement, voir au verso

NE RIEN INSCRIRE SOUS CE TRAIT - NE PAS PLIER

000000100239

555555000126 30302000341347341120770075980806 1672



AVIS DES SOMMES A PAYER

Volet 2 débiteur

CENTRE HOSPITALIER 34 CHIOV SITE NEUFCHATEAU										N° FINESS 880000054	N° TITRE 0047581	
										N° SIRET 20003308200013	EMIS ET RENDU 22-06-2023	
MALADE	N° DOSSIER E 360290830 34-0 Soins Externes NOM BOGARD NOM JF PRENOM JEAN MARIE										N° BORDEREAU H 0000205	
	Né le 19-02-1941 Soins du 08-03-2023 au 08-03-2023										N° FEUILLET 1	
ADRESSE	BOGARD JEAN MARIE 9 Rue Paul Langevin 88300 NEUFCHATEAU										EXERCICE 23 4115100	
											RDF	
ASSURE	NOM BOGARD JEAN MARIE N° AFFILIATION 1410288321025 07 ORGANISME 01 881 000 2										RISQUE 10 EVENEMENT	
											LOT 34 PGM s09f04R201_000 EDITION-FLAUDI 39	
ORS	N° MUTUALISTE N153738 141028832102507											
DATE DEBUT	DATE FIN	GHS	ACTE OU LIBELLE				NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONS.	TX	A VOTRE CHARGE	DMT M.TRT UF OU COMPTE
08-03-23			Code Ccam	Acti	Doc	Phase	Modif	Asso	Remb	Supp		
08-03-23			CS CS						1,00	2300		6907324122
Médecin	exécutant	LAGRANGE Francois	Sp.16	uf.	3690			CS	UROLOGIE			
08-03-23			MCS MAJ. COORD. SPE						1'00	500		1507324123
Médecin	exécutant	LAGRANGE Francois	Sp.16	uf.	3690			CS	UROLOGIE			
08-03-23			MPC MAJ FORFAITAIRE PROV						1,00	200		0607324122
Médecin	exécutant	LAGRANGE Francois	Sp.16	uf.	3690			CS	UROLOGIE			
Valeur PS-O : Orienté par médecin traitant												
Médecin	orienteur	POYETON THIERRY										
Identification	B2/Noémie Type2S(30-38):230047581		Type2S(42-47):200000									
<i>SERVICE COURRIER LE 17 VIII 2023</i>												
*****9,00 TOTAL												
*****0,00 AVANCES												
*****9,00 A PAYER												

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.

Joindre le talon de paiement(tiers inférieur de cet avis) à votre chèque.

PAIEMENT

Banque BDF EPINAL	*****9,00	EUROS
RIB 30001 00372 E8850000000 97		
IBAN FR 89 30001 00372 E8850000000 97		A REGLER SOUS QUINZAINE
BIC BDFEFRPPCCT		
Heures d'ouverture au public de la trésorerie. 8h45-12h du lundi au vendredi		
Téléphone 03 29 94 00 91		

IDENTIFICATION

BOGARD JEAN M BOGARD JEAN MARIE
P.C. 088032 P.C. 088032
N° d'entrée 360290830
N° titre 0047581
E.h. 34
Exercice 2023
Montant

*****9,00

EXP	TRESORERIE DE NEUFCHATEAU 1 rue du 79 RI B.P. 279 88307 NEUFCHATEAU
	PRAECONIS MUTUELLE 6 RUE PAUL MOREL 70006 VESOUL CEDEX
DEST	

*****9,00

AVIS DES SOMMES A PAYER

Partie réglementaire application des articles L.6252-6 du code de la santé, L.1837 du code de la sécurité sociale et L.3242-A du code de la sécurité sociale L.6145-9 du code de la santé.

HÔPITAL

GPE HOSP REG MULHOUSE SUD ALSACE
CH MULHOUSE E.MULLER
0087 AV. D'ALTKIRCH
68051 MULHOUSE CEDEX

680020336
Finess 680004546
N° Siret 20004698500012
2K 51
Finess RENSEIGNEMENTS SEJOUR TEL 03 89 64 60 09

BÉNÉFICIAIRE

Nom usuel BUHL
Nom de naissance CLEMENT
Prénom MICHELE
Né(e) le 23/03/1935
Adresse 10 SQ DE LA POSTE

EXP.

TRESORERIE SUD ALSACE GH
1 K RUE DES CARRIERES
HOPITAL HASENRAIN
68051 MULHOUSE

OBS. ASSURÉ

68490 OTTMARSHEIM
N° IEP 252666182/002 N° IPP 009288178
ENTREE: 02/06/2023 TRANSFEREE : 15/06/2023
BUHL MICHELE
Nom 235031000300403
NN 016820003 N° Mutualiste Ben.

DESTINATAIRE

PRAECONIS MMC
6 RUE PAUL MOREL
BP 80283
70006 VESOUL CEDEX

N° TITRE	1190146
Émis et rendu exécutoire le	29/06/2023
N° Bordereau	901049
N° Feuillet	1
Exercice	2023

RDT
SERVICE COURRIER LE
17 JUIL. 2023

Séjour du 02/06/2023 au 15/06/2023
ACTE EXONERANT

PREMIER

DATE	DÉSIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITÉ	TAUX	A VOTRE CHARGE	PREMIER
020623	CHIRURGIE	H3	1,00	1234,04			03-234 8310
020623	FORFAIT JOURN.	49	1,00	20,00	100	20,00	03-234 8310
030623	CHIRURGIE	H3	12,00	1234,04			03-234 8310
030623	FORFAIT JOURN.	49	12,00	20,00	100	240,00	03-234 8310
030623	Actes d'anesthésie	ADA	1,00				08-### 7610
030623	Actes de chirurgie	ADC	1,00				08-### 7610
030623	Participation Assuré Hospitali	PAX	1,00	24,00	100	24,00	03-234 8310

TRÉSOR PUBLIC

HORAIRES D'OUVERTURE AU PUBLIC DU LUNDI AU VENDREDI DE 8H30 A 12H30

BDF BDF MULHOUSE C6850000 RIB 3000100581C685000000079
IBAN FR253000100581C685000000079 BIC BDFEFRPPCCT

284,00

€

€ Acompte

284,00

€ A PAYER

PAIEMENT POSSIBLE PAR INTERNET AVEC CB : <http://www.ghrmsa.fr>

Remboursement : Avis à joindre à l'attestation que vous recevrez après paiement

TALON DE PAIEMENT

PRAECONIS MMC
6 RUE PAUL MOREL
BP 80283
70006 VESOUL CEDEX

999016
GPE HOSP REG MULHOUSE SU

€

*

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

Débiteur: 332893 Références: HTR - n° codique 068124
étab. 70 exercice 2023

IDENTIFICATION

PC.

068124

Y

n° entrée 252666182

* H *

CH. 080 002

EXC. 2023

DOS. 252666182

TIT. 1190146

n° titre 231190146070100

Montant: 284,00 Euros

TRESORERIE SUD ALSACE GH
1 K RUE DES CARRIERES
HOPITAL HASENRAIN
68051 MULHOUSE

montant en euros

Montant: 284,00

000000070236

999016000180 64011901462526661820681242996806

28400

COMMENT PAYER ? Cette facture est payable à réception. Vous pouvez payer :

Par internet : 7j/7 24h/24

www.GHRMSA.fr

Règlement sécurisé, élaboré par la Direction Générale des Finances Publiques



Par téléphone



de 8h30 à 12h00 et 13h30 à 16h00 du lundi au vendredi.

Avec votre carte bancaire, en appelant le :

03 89 64 78 40

Par virement bancaire ou postal,



en rappelant le numéro du titre qui figure en haut et à droite du présent avis :
RIB au recto.

N° TITRE



Par chèque bancaire ou postal,

à l'ordre du Trésor public, au Centre d'Encaissement, en joignant le talon de paiement dans l'enveloppe jointe, dûment affranchie



Auprès d'un buraliste ou un partenaire agréé affichant le logo « Paiement de proximité » :



Il vous fera flasher le QR code du recto de la facture puis payer par carte bancaire ou en espèces

Retrouvez la liste des buralistes partenaires agréés auprès de votre Centre des Finances Publiques ou sur le site : www.impots.gouv.fr/portail/paiement-de-proximite



**Au Centre des Finances Publiques - Trésorerie Antenne de l'Hôpital Emile MULLER
20 Avenue du Dr René Laennec 68100 MULHOUSE, dans le Bureau des Entrées**

Adresse mail : t068124@dgfip.finances.gouv.fr Horaires : 8h30-12h30 du lundi au vendredi



Pour payer par chèque ou carte bancaire, mais pas en espèces



Conserver précieusement ce document, il vous sera demandé par votre mutuelle pour obtenir le remboursement ! Aucun duplicata ne sera délivré.

UNE AUTRE QUESTION SUR CETTE FACTURE ?

Adressez-vous à l'Hôpital (Bureau des Entrées de l'Etablissement dans lequel vous avez été hospitalisé ou admis en consultation ou soins externes). Vous pouvez interroger ce service :

Pour une **consultation**, par téléphone : 03 89 64 85 58 Pour une **hospitalisation**, par téléphone : 03 89 64 60 09

Par mail : ACE@ghrmsa.fr

par mail : FHC@ghrmsa.fr

Voie de recours : article L 6145-9 du code de la Santé publique et article L 1617-5 du Code Général des Collectivités Territoriales. Dans le délai de deux mois suivant la réception du présent document, vous pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant le tribunal administratif compétent.

Vous pouvez auparavant faire un recours gracieux auprès du Directeur de l'Hôpital : l'absence de réponse pendant 2 mois vaut décision implicite de rejet.

30 Titre rendu exécutoire par Mme KRENCKER Corinne, Directrice du GPE HOSP REG MULHOUSE SUD ALSACE (GHRMSA)
en application des articles L252A du LPF et L1617-5, R-2342-4 et D.3342 du CGCT et L6145-9 du code de la santé

Page 1

LETTRE D'ENVOI DES SOMMES A PAYER

A

TRESORERIE SUD ALSACE GH

Emission du	29/06/2023
N° bordereau	901049
Exercice	2023
CPT4	41151

Centre hospitalier SIRET EJ 20004698500012

SIRET EG 20004698500012

1 K RUE DES CARRIERES

GPE HOSP REG MULHOUSE SUD ALSACE MULHOUSE CEDEX

Matricule 680020336

HOPITAL HASENRAIN

CH MULHOUSE E.MULLER

68051 MULHOUSE

87 AVENUE D'ALTKIRCH

BDF : BDF MULHOUSE

68051 MULHOUSE CEDEX

HOSPITALISES

RIB : 30001 00581 C685000000 79

IBAN : FR253000100581C685000000079

BIC : BDFEFRPPCCT

N° de Titre	N° d'Entrée	NOM-Prénom	Date Naissance	Facturation	Tarif	Taux	A votre charge	Aut.	Observation
				du	Nb			Dépt.	

1190146 252666182/2
NNI: 235031000300403 BUHL MICHELE
BUHL MICHELE

23/03/1935

02/06/2023

13

24,00

260,00

FRAIS DE SEJOUR

FORFAIT JOURNALIER

Total à payer	284,00 €
---------------	----------

TOTAL FORFAIT JOURNALIER

260,00

Somme

Payée

SERVICE COURRIER LE
17 JUIL. 2023

Organisme débiteur destinataire	332893
PRAECONIS MMC	
6 RUE PAUL MOREL	
BP 80283	
70006 VESOUL CEDEX	

Signature

Visa

AVIS DES SOMMES A PAYER

Titre exécutoire en application de l'article L.252 A du livre des procédures fiscales, émis et rendu exécutoire conformément aux dispositions des articles L.1617-5, D.1617-23, R.2342-4, R.3342-8-1 et R.4341-4 du code général des collectivités territoriales par

HOPITAL	CH : SSA HIA CLERMONT TONNERRE ETBLT : HIA CLERMONT TONNERRE SIRET : 15100002300136 RENSEIGNEMENTS : HIA-CLERMONT-TONNERRE-SHSE.CONTRACT.FCT@INTRADEF.GOUV.FR HOSPITALISATIONS : 02.98.43.72.23 SOINS EXTERNES : 02.98.43.76.81 RELATIFS AU PAIEMENT : 02.98.43.72.99	FINESS : 290000728 FINESS : 290000728 N° IDENTIFIANT TVA :	N° de Titre : 9036147 Emis et rendu exécutoire le : 10/07/23 N° Bordereau : 420 N° Feuillet : 1 Exercice : 2023 RDT
PATIENT	N° ENTRÉE : 905182520 Nom : JONCQUEUR JOCELYNE Né(e) : KERVERN le : 18/08/1952 à : BREST Adresse : 26 RUE FORESTOU CREIS 29200 BREST ENTREE : 20/06/23 SORTIE : 20/06/23	PFS : CS	SERVICE COURRIER LE 17 VIII 2023
OBS. ASSURE	Nom : JONCQUEUR JOCELYNE PIECE : BEN : 01 ORG. : 01291000 N° : 252082901914853	PRAECONIS 6 RUE PAUL MOREL 70000 VESOUL	RISQ18 MT07 PEC :

PRISE EN CHARGE LIMITEE AU 20/06/23
CONSULTATION DU 20/06/23 AU 20/06/23 Réf. Débiteur : N149394

DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITE	TAUX	A VOTRE CHARGE	TVA
200623	FORF. PATIENT URGENCE FPV	1	8 49	0 00 100		8 49	DMT : 402

PARTIE A CONSERVER

PAIEMENT	Le Regisseur d'Avance et de Recettes BCRM DE BREST - HIA CC 41 29240 BREST CEDEX 9 Heures d'ouverture de la trésorerie: LUNDI AU VENDREDI DE 8H15 A 12H00 ET DE 13H00 A 16H30	TRESOR PUBLIC RIB : 10071290000001002740 47 IBAN : FR761007129000000100274047 BIC : TRPUFRP1 Téléphone : 0298437299	TOTAL HT
		8 49	A PAYER

Pour les modalités de paiement se reporter au verso du présent avis	TALON DE PAIEMENT Talon à joindre à votre paiement N° codique : 099029 Etab : 02 Paiement par internet : Non disponible Id. Collectivité : Référence dette : 2023 - 9036147 - 1 N° entrée : 905182520 Montant : 8 . 49 euros Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier		
DENTIFICATION	PRAECONIS 6 RUE PAUL MOREL 70000 VESOUL SSA HIA CLERMONT TON * €		
N° entrée : 905182520	Le Regisseur d'Avance et de Recettes BCRM DE BREST - HIA CC 41 29240 BREST CEDEX 9		
N° titre : 9036147			
C.H. : 00 ET : 02			
Exercice : 2023			
Montant : Eur 8 . 49	montant en euros		
	+000000008492409902900046290518252023087>9036147000059+		

Expéditeur	Le Régisseur d'Avance et de Recettes BCRM DE BREST - HIA CC 41
	29240 BREST CEDEX 9
Destinataire	PRAECONIS 6 RUE PAUL MOREL
	70000 VESOUL

MODALITES DE REGLEMENT :

- Vous disposez d'un délai de 30 jours (*) à compter de l'émission de cet avis pour effectuer le règlement (**) :
- en numéraire (montant maximum 300 euros) ou par carte bancaire, muni du présent avis, à la caisse de la régie de l'hôpital.
 - par chèque à l'ordre du régisseur de recettes directement à la caisse de la régie de l'hôpital ou par courrier postal adressé à la régie et accompagné du présent avis (adresse au recto du présent avis).
 - par virement sur le compte de la régie de l'hôpital. Précisez dans le libellé le n° d'entrée (RIB et n° d'entrée au recto du présent avis).

(*) : Les avis de sommes à payer non recouvrés dans les délais réglementaires font l'objet d'une procédure de recouvrement contentieux par l'émission d'un titre de perception.

(**) : Hors établissements publics de santé, qui disposent d'un délai de 50 jours.

RENSEIGNEMENTS, RECLAMATIONS :

Pour tous renseignements ou réclamations, veuillez vous adresser au service des hospitalisations ou des soins externes (coordonnées au recto du présent avis).

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 administratif compétent.

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

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 R. 2342-4 et D 3342-11 du code général des collectivités territoriales

CENTRE HOSPITALIER DINAN

 Mr CUESTA François, Directeur
 CH DINAN - MCO SSR

220000046

Finess

220000095

DOSSIER 522143187/025 240528079

SIRET : 26220008200010

N° de titre	2047924
émis et rendu	10/07/2023
exécutoire le	
N° Bordereau	20651
Exercice	2023
N° Feuillet	1

HOPITAL**BENEFICIAIRE****ASSURE****OBS.**
 TRONEL
 nom de jeune fille
 né(e) le 12/07/1943
 27 RUE DU CAS DES NOES

DANIEL

25

 SERVICE GESTION COMPTABLE 22 RUE KITCHENER BP 71018
 22101 DINAN CEDEX 1

111



22980 PLELAN LE PETIT

 TRONEL DANIEL Ben.
 Risq. 20 NN143072209700770
 Org. 012210001 N° Mut.

 PRAECONIS
 6 RUE PAUL MOREL
 BP 80283
 70006 VESOUL CEDEX

ENTREE:13/06/2023 SORTIE :19/06/2023

Séjour du 13/06/2023 au 19/06/2023

SERVICE COURRIER LE

17 JUIL. 2023

DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITE	TAUX	A VOTRE CHARGE	
130623	Médecine autres UM - HC	11	1,00	1007,39			MT:03 DMT:216
130623	Forfait Journalier MCO	49	1,00	20,00	100	20,00	MT:03 DMT:216
140623	Médecine autres UM - HC	11	5,00	1007,39			MT:03 DMT:216
140623	Forfait Journalier MCO	49	5,00	20,00	100	100,00	MT:03 DMT:216
190623	Médecine autres UM - HC	11		1007,39			MT:03 DMT:216
190623	Forfait Journalier MCO	49	1,00	20,00	100	20,00	MT:03 DMT:216

AVIS A CONSERVER - aucun duplicata ne sera délivré.

140,00

RENSEIGNEMENTS HÔPITAL

AP

 CH DINAN - MCO SSR
 74 Rue Chateaubriand
 22100 DINAN

140,00 € A PAYER

GESTION FACTURATION : 0296857285 POSTES 3379-3267

8h30 -16h00 DU LUNDI AU VENDREDI

AVIS A CONSERVER ET A JOINDRE A L ATTESTATION QUI VOUS SERA ENVOYEE APRES PAIEMENT

RENSEIGNEMENTS TRÉSOR PUBLIC
 BDF BDF PARIS E2250000
 IBAN FR68300100336E22500000088

 RIB 30001 00336 E2250000 000 88
 BIC BDFEFRPPCCT

Tél. 0296390698

à découper suivant les pointillés

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

 Paiement en espèce (dans la limite de 300€) ou en carte bancaire munie du présent avis, auprès d'un buraliste ou partenaire agréé liste consultable sur <https://www.impots.gouv.fr/portail/paiement-de-proximite>

CODE POUR PAIEMENT

TALON DE PAIEMENT

A JOINDRE A VOTRE CHÈQUE

Références : Hélios - n° codique 022025

étab025 exercice 2023

n° entrée 522143187

Référence titre 232047924025100

 PRAECONIS
 6 RUE PAUL MOREL
 BP 80283
 70006 VESOUL CEDEX

€ *

MONTANT EN EUROS

140,00 €

SERVICE GESTION COMPTABLE

22 RUE KITCHENER

BP 71018

22101 DINAN CEDEX 1

NE RIEN INSCRIRE SOUS CE TRAIT - NE PAS PLIER

000000425233

950033000169 91100020479240000010220255963806

14000



RENSEIGNEMENTS PAIEMENT : cette facture est payable à réception

Adressez votre chèque, libellé à l'ordre du Trésor Public au Centre d'encaissement avec le talon de paiement dans l'enveloppe à ferêtre jointe dûment affranchie.

N'envoyez aucun autre document au Centre d'encaissement.

Ne pas plier, ni utiliser d'adhésif, de trombones ou dagrafes

Vous pouvez aussi payer :

- en espèces (maximum 300€) chez un buraliste partenaire
- par carte bancaire (pas de maximum) sur le site indiqué au recto (RENSEIGNEMENTS TRESOR PUBLIC)
- par chèque à envoyer au Centre d'encaissement (voir adresse sur l'avis)
- par virement établi à l'ordre du Trésor Public au recto (RENSEIGNEMENTS TRESOR PUBLIC).
en mentionnant obligatoirement dans la zone correspondante les références du titre portées en haut et à droite du présent avis.

Si vous avez des difficultés pour payer les sommes dues et avez en mémoire les références de votre facture (exercice , titre nn)

Affranchir toute correspondance avec la Trésorerie ou l'hôpital

RENSEIGNEMENTS HOPITAL

Si vous souhaitez être renseigné sur le décompte des sommes dues ou la nature des prestations facturées adressez vous au Centre hospitalier (adresse et téléphone figurent dans le RENSEIGNEMENTS HOPITAL).

Si vous contestez le bien-fondé de la facture adressez vous au Centre hospitalier qui est compétent pour rectifier éventuellement le présent avis. N'omettez pas d'informez le trésor de votre réclamation.

Voies de recours Dans le délai de deux mois suivant la réception du présent avis, vous pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant le tribunal administratif compétent (article L 6145-9 du Code de la santé publique et article L 1617-5 du Code général des collectivités territoriales).