

# 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 CH VILLENEUVE SUR LOT INCONNU, INCONNU

**HOPITAL**  
CH VILLENEUVE SUR LOT  
CHV CENTRE HOSPIT VILLENEUVE  
PSV  
47300 VILLENEUVE SUR LOT  
Finess 470000324 N° Siret 26470243200081 EF 124  
Finess 470000431  
Facturation Hôpital: 05.53.72.23.24  
Facturation Ehpad: 05.53.40.59.41

N° TITRE	3461050
Emis et rendu exécutoire le	05/07/2023
N° Bordereau	5520
N° Feuille	1
Exercice	2023
RDT	318305

**BENEFICIAIRE**  
Nom FACHINETTI  
Né(e)  
Prénom MARIE  
Né(e) le 25/04/1938  
Adresse 9 AV JEAN MOULIN  
47140 ST SYLVESTRE SUR LOT  
N° IEP 942129790/010 N° IPP 950943919  
Risq. 10  
ENTREE:16/06/2023  
**ASSURE**  
Nom FACHINETTI MARIE  
NN 238047812800112 Ben.  
ORG.024710006 N° Mutualiste N160384 E+H

Du lundi au vendredi  
Exp. TRESORERIE ETS HOSPIT  
CITE ADMINIST. LACUEE  
BATIMENT B RUE RENE BONNAT  
47921 AGEN CEDEX 9  
Destinataire  
MUTUELLE PRAECONIS  
6 RUE PAUL MOREL  
BP 80283  
70006 VESOUL CEDEX

SERVICE COURRIER LE  
17 JUL. 2023

DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITE	TAUX	A VOTRE CHARGE	PREST	UF
160623	Actes d'imagerie	ADI	1,00	55,00	30	16,50	32-753	1653
160623	Actes d'imagerie	ADI	1,00	0,75	30	0,22	32-753	1653

## RENSEIGNEMENTS TRESOR PUBLIC

## Quittance

BUREAU OUVERT DU LUNDI AU VENDREDI DE 08H30-12H00 CODE BIC: BDFEFRPPCCT

Téléphone 0553660691 BDF BQE DE FRANCE C4740000 RIB 3000100103C474000000067

IBAN FR213000100103C474000000067

BIC BDFEFRPPCCT

16,72 €

€ Acompte

16,72 € A PAYER

UNE ATTESTATION DE PAIEMENT SERA DELIVREE APRES ENCAISSEMENT DU TRESOR PUBLIC

## TALON DE PAIEMENT

MUTUELLE PRAECONIS  
6 RUE PAUL MOREL  
BP 80283  
70006 VESOUL CEDEX

997002  
CH VILLENEUVE SUR LOT

€ \*

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

Débiteur: 318305

Références: HTR - n° codique 047002

étab 010 exercice 2023

## IDENTIFICATION

PC: 047002

n° entrée 942129790

n° titre

233461050020000

\* E \*  
CH. 020 ET. 010

EXC. 2023

DOS. 942129790

TIT. 3461050

Montant: 16,72 euros

TRESORERIE ETS HOSPIT  
CITE ADMINIST. LACUEE  
BATIMENT B RUE RENE BONNAT  
47921 AGEN CEDEX 9

Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier

montant en euros

Montant: 16,72 €

000000120231

997002000138 84100034610500000010470025980806

1672

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

### ➤ **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 d'AGEN Etablissements Hospitaliers  
Cité Administrative LACUEE, Bâtiment B, Rue René BONNAT 47921 AGEN

### **Vous pouvez aussi payer :**

- En espèces (dans la limite de 300€) ou en carte bancaire muni du présent avis, auprès d'un buraliste ou partenaire agréé (liste consultable sur le site [www.impots.gouv.fr/portail/paiement-proximite](http://www.impots.gouv.fr/portail/paiement-proximite)).
- 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 C4740000000 67
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 avez des difficultés pour payer** les sommes dues, présentez-vous à la Trésorerie 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 des entrées 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'HÔPITAL**

---

□

Transfert N° de case	N° identification prescripteur	Spécialité	N° identification de l'exécutant	Spécialité	Zone tarif	Code convention	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre clé	Localisation dentaire	Prix unitaire	Eléments de tarification		Quantité ou coefficient ou dénominateur	Coefficient association	Honoraires facturés	Dépassement	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
												Modifi- cateurs	Code remb. except						Taux	Montant		
1			341104362	01	23	1	09/07/23		FU4		49,17			1		49,17		49,17	100	49,17		
			341104362	01	23	1	09/07/23		SUF		10,60			1		10,60		10,60	100	10,60		
Sous-total 3																59,77		59,77		59,77		

SERVICE COURRIER LE  
17 JUL. 2023

Transfert provisoire - N° FINESS établissement ①		N° FINESS établissement ②	
MANDATAIRE(S)	N°	MANDATAIRE(S)	N°
Domiciliation Lcl centre affaires		Domiciliation	
RIB 30002 03060 0000061085E 75		RIB	
IBAN FR71 3000 2030 6000 0006 1085 E75 BIC CRLYFRPP		IBAN	BIC
Montant facturé par le praticien.			
n°1 CHATOUI Abdelfettah	n°2	n°3	n°4
ADELI 341104362	ADELI	ADELI	ADELI
€ 59,77	€	€	€
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)		79,38 €	
		L'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire <input checked="" type="checkbox"/>	L'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire <input type="checkbox"/>

17 JUL. 2023

**Références à rappeler**

N° de titre : 234351648061000 Compte Client : 143562

Commande du : Livrée le :

N° du titre annulé :

**Réservé à l'administration**

Exercice : 2023 Code débiteur :

**Hôpital**

GH NECKER-ENFANTS MALADES  
149 161 RUE DE SEVRES  
75743 PARIS CEDEX 15

Tél : 01 44 49 40 00

Produit : **TRAITEMENTS EXTERNES**

N° SIRET : 26750045200284 Code FINESSE : 750100208

N° TVA Intracommunautaire : FR.95.267.500.452

**Client**

Donneur d'ordre  
PRAECONIS DEVELOPPEMENT MUTUALISE  
6 RUE PAUL MOREL  
NAVENNE  
70006 VESOUL CEDEX

**Patient**

PERCHEVAL MILIAN  
PERCHEVAL  
MME DAUDOU PAULINE  
78690 LES ESSARTS LE ROI

Né(e) : PERCHEVAL

Le : 14/08/2013

A : SEVRES

**Récapitulatif**

Montant total de la facture

**Assuré**

DAUDOU PAULINE  
N° S.S. : 281112432206194  
Bénéficiaire : 0 Régime :  
Organisme :  
Risque : 00

**Prise en charge**

Date Hosp. Ant. : Coeff :  
Référence : Taux : 0  
Du : 20/06/2023 au : 31/12/2023

**Accident du travail**

Date :

N° :

**Parcours de Soins**

Parcours :

Médecin :

**Facturation**

Du : 20/06/2023 Mode d'entrée :

Au : 20/06/2023 Mode de sortie :

N° Entrée : 30255031 NIP/IPP : 8010456673

HT

TVA

TTC

16,50

0,00

16,50

Somme restant à payer

16,50 €

ASSISTANCE  
PUBLIQUE  HÔPITAUX  
DE PARIS

  
FINANCES PUBLIQUES

Voir consignes de paiement détaillées au verso.

**PAIEMENT EN  
LIGNE**



**PAIEMENT DE  
PROXIMITE**



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



Exercice : 2023  
N° de titre : 234351648061000  
Compte Client : 143562  
MONTANT en euros : 16.50

PRAECONIS DEVELOPPEMENT MUTUALISE  
6 RUE PAUL MOREL  
NAVENNE  
70006 VESOUL CEDEX

**Talon de paiement**

CENTRE D ENCAISSEMENT  
DES FINANCES PUBLIQUES

94974 CRETEIL CEDEX 9

€

NE RIEN INSCRIRE SOUS CE TRAIT - NE PAS PLIER

000000001239

321435000128 19080610002343516400753002974806

1650

## 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 DEMARCHES 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° de l'article L.1617-5 du code général des collectivités territoriales. Par titre rendu exécutoire en application du 6° 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	11		APC - AVIS PONCTUEL CONSULTANT		20/06/23	1.00	55,00		55,00	30,00		16,50	
Montant total TTC à votre charge												16,50	

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 : 234351648061000

**SAINT ETIENNE**39 Boulevard de la Palle  
42000 ST ETIENNE

no-reply@cim.fr

Finess 0766011  
Siret 535 354 872 00017**SERVICE COMPTABLE**

17 JUL. 2023

**Relance 1**

Réf. : MMC

Le 06 juil. 2023

**PRAECONIS - MMC**PREVALOIS  
6 RUE PAUL MOREL  
BP 80283  
70006 VESOUL CEDEX

1er RAPPEL (Merci de nous répondre dans tous les cas)

Madame, Monsieur,

Nous vous prions de trouver ci-dessous la liste des patients appartenant à votre caisse qui, sauf erreur de notre part, n'ont pas été remboursés à ce jour :

Date	Libellé / Praticien	Lclé	Coef	Tarif	Base rbt	DH	QD	Mtt net	Tx	E	Créance	Réglé	Solde
	Dossier <b>E2304085102</b> du 04/04/23 (NHPL) Dr BOGENMANN BRUNO												
	Patient LESAGE BEATRICE née le 14/09/1976 (1) (314943)												
	Assuré LESAGE BEATRICE (2 76 09 42 218 194 92)												
	Facture 230402804 du 04/04/23 (Risque 10) (Exo 0) Lot 553												
	PS Dr BOGENMANN BRUNO, N° de facturation 42 1 70064 2												
04/04/23 16:36	BOGENMANN BRUNO	ATM	1	18,76	18,76			5,63	70		5,63		5,63
04/04/23 16:36	BOGENMANN BRUNO	ADI	1	57,19	66,28			19,88	70		19,88		19,88
04/04/23 16:36	BOGENMANN BRUNO	ADI	1	19,29	11,18			3,35	70		3,35		3,35
04/04/23 16:36	BOGENMANN BRUNO	ADI	1	9,60	9,60			2,88	70		2,88		2,88
	<b>Total facture 230402804</b>										<b>31,74</b>		<b>31,74</b>
	Dossier <b>E2304088308</b> du 05/04/23 (STJUST) Dr BOYER Jean Marc												
	Patient MASTROSIMONE BRIGITTE née BAYARD née le 26/08/1958 (1) (393920)												
	Assuré MASTROSIMONE BRIGITTE née BAYARD (2 58 08 42 218 300 76)												
	Facture 230403961 du 05/04/23 (Risque 10) (Exo 0) Lot 563												
	PS Dr BOYER Jean Marc, N° de facturation 42 1 70127 7												
05/04/23 16:19	BOYER Jean Marc	ADE	1	37,80	37,80	14,60	M	11,34	70		11,34		11,34
05/04/23 16:19	BOYER Jean Marc	ADI	1	23,23	26,92	10,40	M	8,08	70		8,08		8,08
	<b>Total facture 230403961</b>										<b>19,42</b>		<b>19,42</b>
	Dossier <b>E2304097934</b> du 13/04/23 (NFIRM) Dr EMONOT Geraldine												
	Patient PEIFFER CHRISTIAN né le 24/08/1939 (1) (SIR313496)												
	Assuré PEIFFER CHRISTIAN (1 39 08 42 189 007 86)												
	Facture 230409732 du 13/04/23 (Risque 10) (Exo 0) Lot 594												
	PS Dr EMONOT Geraldine, N° de facturation 42 1 04770 5												
13/04/23 09:27	EMONOT Geraldine	ADE	1	75,60	75,60			22,68	70		22,68		22,68
	<b>Total facture 230409732</b>										<b>22,68</b>		<b>22,68</b>
	Dossier <b>E2304119391</b> du 14/04/23 (STJUST) Dr POUYET-PARDON AGNES												
	Patient SAUZET CARMELA née LOMBARDO née le 12/08/1943 (1) (429753)												
	Assuré SAUZET CARMELA née LOMBARDO (2 43 08 99 127 193 72)												
	Facture 230411185 du 14/04/23 (Risque 10) (Exo 0) Lot 559												
	PS Dr POUYET-PARDON AGNES, N° de facturation 42 1 70148 3												
14/04/23 14:54	POUYET-PARDON AGNES	ADE	1	69,93	69,93	25,00	M	20,98	70		20,98		20,98
	<b>Total facture 230411185</b>										<b>20,98</b>		<b>20,98</b>
	Dossier <b>E2304118810</b> du 17/04/23 (STJUST) Dr POUYET-PARDON AGNES												
	Patient CHAPUIS ALAIN né le 15/10/1941 (1) (H000028890)												
	Assuré CHAPUIS ALAIN (1 41 10 42 218 122 05)												
	Facture 230412277 du 17/04/23 (Risque 10) (Exo 0) Lot 577												
	PS Dr POUYET-PARDON AGNES, N° de facturation 42 1 70148 3												
17/04/23 11:04	POUYET-PARDON AGNES	ADI	1	25,86	29,97			8,99	70		8,99		8,99
17/04/23 11:04	POUYET-PARDON AGNES	ADI	1	25,86	14,99			4,50	70		4,50		4,50
	<b>Total facture 230412277</b>										<b>13,49</b>		<b>13,49</b>
	Dossier <b>E2304128032</b> du 29/04/23 (NFIRM) Dr AIGOIN JEAN-LUC												
	Patient POCZETY KHADIJA née ZAKI née le 14/12/1973 (1) (MRA91519)												
	Assuré POCZETY KHADIJA née ZAKI (2 73 12 99 350 665 40)												

Date	Libellé / Praticien	Lclé	Coef	Tarif	Base rbt	DH	QD	Mtt net	Tx	E	Créance	Réglé	Solde
	Facture 230423519 du 29/04/23 (Risque 10) (Exo 0) Lot 56												
	PS Dr AIGOIN JEAN-LUC, N° de facturation 42 1 70014 7												
29/04/23 08:32	AIGOIN JEAN-LUC	ADI	1	66,42	66,42			19,93	70		19,93		19,93
29/04/23 08:32	AIGOIN JEAN-LUC	ADE	1	41,58	20,79			6,24	70		6,24		6,24
	<b>Total facture 230423519</b>										<b>26,17</b>		<b>26,17</b>
	Reste à régler honoraires												134,48
	<b>Reste à régler</b>												<b>134,48</b>

Merci de nous indiquer si les règlements ont été effectués, afin de contrôler en notre comptabilité :

- la date du virement
- le montant du virement
- le compte sur lequel le virement a été effectué.

Le service gestion,  
04 77 34 41 22  
fifa.gestion@elsan.care

SERVICE COMPTABLE  
17 JUL. 2023



**HARMONIE AMBULANCE AGENCE DE SAINT GILLES CROIX DE VIE**  
192 RUE DES PALUDIERS

85800 SAINT GILLES CROIX DE VIE  
Tél : 05.86.30.29.39

**SERVICE COURRIER LE**

**17 JUIL. 2023**

**MUT MEDICO CHIRURGICALE\***  
6 RUE PAUL MOREL

70000 VESOUL

SAINT BENOIT, le 11/07/2023

***Finess - 852502236***

Objet : Encours Règlement  
RX/°05Q/11/07/2023

Madame, Monsieur,

Sauf erreur ou omission de notre part, nous ne trouvons pas trace des règlements relatifs aux factures récapitulées en annexes de la présente.

Nous vous serions donc très obligés de bien vouloir faire le nécessaire afin que chaque dossier conforme puisse être rapidement soldé. Selon le cas, vous voudrez bien nous communiquer également les éléments s'opposant au règlement de factures sur lesquelles subsisteraient encore des réserves.

Dans cette attente, veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos salutations dévouées.

**Le Service Comptabilité**

A PERCEVOIR

RECAPITULATIF SELECTIF

A LA DATE DU 11/07/2023

**HARMONIE AMBULANCE**  
1 Ave DES HAUTS DE LA CHAUME

86280 SAINT BENOIT  
05.49.54.59.51

ORGANISME DEBITEUR

**MUT MEDICO CHIRURGICAL\***  
6 RUE PAUL MOREL

70000 VESOUL  
03 84 75 19 20

Montants exprimés en Euros

FILTRE

Période - 01/06/2023 - 30/06/2023  
Tarif - Tous  
Factures - Toutes  
Etat Dûs - Tous  
Média - Indifférent  
Relances - Indifférent  
Raison - Indifférente  
Client - Indifférent  
Compte - ☐  
N°Sécu - ☐

FACTURE

FACTURE	CLIENT(E)	INFORMATIONS	MONTANTS A RECOUVRER		
			Hors Taxes	TVA	TTC
V-002959927 07/06/2023	ALBERT LIONEL 153057919103313	Série - 06/06/2023 au 06/06/2023 R1 du 11/07/2023 - Lot 032512	28,06	2,81	30,87
A-002965650 12/06/2023	SAGOT GUCCIARDI JULIE 295104416224375	Aller - 03/06/2023 R1 du 11/07/2023 - Lot 045562	37,43	0,00	37,43
V-002975876 19/06/2023	ROULLAUD ALPHONSE 143114405106982	Aller - 15/06/2023 R1 du 11/07/2023 - Lot 045614	6,37	0,64	7,01
A-002984125 23/06/2023	SAGOT GUCCIARDI JULIE 295104416224375	Aller/Retour du 21/06/2023 R1 du 11/07/2023 - Lot 045649	49,90	0,00	49,90
4 Ecritures	TOTAL PARTIEL DU FEUILLET		121,76	3,45	125,21
4 Ecritures	TOTAL GENERAL DU RECAPITULATIF		121,76	3,45	125,21

Edité le 11/07/2023 à 14:14:24

SERVICE COURRIER LE 17 JUL. 2023