

# C.R.C.P.F.C La Grange sur le Mont

39110 PONT D HERY

N° Identification : 390000172 IBAN : FR7630087332810001289650294 BIC : CMCIFRPP Tél: 0384531616

## BORDEREAU D'ENVOI :

Bordereau N°0007191  
du 07/07/2023

SERVICE COURRIER LE

17 JUIL. 2023

PRAECONIS (MMC VESOUL)  
BP 283. 6 RUE PAUL MOREL  
70006 VESOUL CEDEX

Facture n°	Nom Prénom	N°Sécurité Sociale/ à rembourser		
133001429	PIGUET ZENEB	09/06/2023 au	30/06/2023 N°146157	257102503161492
	Frais de Séjour :	1 839.60 €	Honoraires :	0.00 € Total Somme Dûe : 1 839.60 €
133001505	PIGUET ZENEB	01/07/2023 au	06/07/2023 N°146157	257102503161492
	Frais de Séjour :	544.91 €	Honoraires :	0.00 € Total Somme Dûe : 544.91 €
<b>2 Factures</b>	<b>Frais de Séjour :</b>	<b>2 384.51 €</b>	<b>Honoraires :</b>	<b>0.00 € Total Général : 2 384.51 €</b>

## FACTURATION DE FRAIS DE SEJOUR : Exemplaire Facture pour la Mutuelle

Date de la facture : 30/06/2023

Identification de l'organisme complémentaire				Code	Adresse				
PRAECONIS (MMC VESOUL) 146157				BP 283. 6 RUE PAUL MOREL 70006 VESOUL CEDEX					
Identification de l'établissement				N°FINESS 390000172 N°SIRET : 327 308 458 00139 - APE : 8610Z	Référence à rappeler		Signature de l'assuré(e)		
C.R.C.P.F.C La Grange sur le Mont  39110 PONT D HERY				CODE Cat : 109 CATÉGORIE SJT : 63 mft : 04 Tél. : 0384531616 Fax : 0384531614	N° IPP N° de lot N° de facture N° d'entrée N° PEC AMC	30017365 133001429 2303476	Absence de signature <input checked="" type="checkbox"/>		
Domiciliation bancaire de l'établissement				IBAN FR76 3008 7332 8100 0128 9650 294 BIC CMCIFRPP					
Le bénéficiaire des soins				L'assuré(e) titulaire du contrat AMC (à remplir si le bénéficiaire des soins n'est pas l'assuré(e))					
Nom de naissance et prénom(s) PIGUET ZENEBO				Nom de naissance et prénom(s) PIGUET ZENEBO					
suivi s'il y a lieu du nom d'usage				suivi s'il y a lieu du nom d'usage					
N° d'immatriculation et clé 2 57 10 25 031 614 92				N° d'immatriculation et clé 2 57 10 25 031 614 92				N° contrat/adhérent(e) (mentionné sur l'EP ou la carte)	
Code organisme de rattachement 01 701 Date et rang de naissance 24/10/1957 1				Adresse 7 RUE DE LA POMMERAIE 70000 VAIVRE-ET-MONTOILLE				146157	
N° centre gestionnaire 9210 Date de début d'hospitalisation 09/06/2023									
Entrée le 09/06/2023 à 11 heures Sortie le 06/07/2023 à 09 heures									
Condition de prise en charge du bénéficiaire des soins									

Piece Justificative :  4 : L'assuré a présenté sa Carte VITALE      Délivrée par :  701      Valide du  01/03/2022 au  29/02/2024

Nat Ass :  10 : Maladie      Justif. Exo :  Pas d'exonération

Accident ?  Non     Oui     Ac Trav

Transfert Mode de traitement	D M T	DCS	Prestations	Période		Prix unitaire	Quantité	Coefficient	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à la charge pour l'assuré(e)
				Du	Au						Taux	Montant		
03	180		PJ	09/06/2023	13/06/2023	224.91	5	1	1 124.55		80	0.00	124.91	0.00
03	180		FJ	09/06/2023	13/06/2023	20.00	5	1	100.00		0	0.00	100.00	0.00
03	180		CPC2	14/06/2023	30/06/2023	50.00	17	1	850.00		0	0.00	850.00	0.00
03	180		PJ	14/06/2023	24/06/2023	224.91	11	1	2 474.01		80	0.00	274.80	0.00
03	180		FJ	14/06/2023	24/06/2023	20.00	11	1	220.00		0	0.00	220.00	0.00
03	180		PJ	25/06/2023	30/06/2023	224.91	6	1	1 349.46		80	0.00	149.89	0.00
03	180		FJ	25/06/2023	30/06/2023	20.00	6	1	120.00		0	0.00	120.00	0.00
				Sous-total 1		6 238.02 €			6 238.02 €			0.00 €	1 839.60 €	0.00 €

N° FINESS établissement -1-	N° FINESS établissement -2-										
MANDATAIRE(S) C.R.C.P.F.C La Grange sur le Mont TEL : 03.84.53.16.16 FAX : 03.84.53.16.10 BP 104 39110 PONT D HERY	N° 39 0 00017 - 2	MANDATAIRE(S)	N°	MANDATAIRE(S)	N°						
B* Centre CCP ou banque	compte	Guichet	Clé	B* Centre CCP ou banque	compte	Guichet	Clé	B* Centre CCP ou banque	compte	Guichet	Clé

Montant facturé par le praticien.

Montant TOTAL en euros (1+2+3) 6 238.02 €      AMC : 1 839.60 €      Rappel du numéro de facture 133001429 du 30/06/2023

SERVICE COURRIER LE

17 JUIL. 2023

**FACTURATION DE FRAIS DE SEJOUR : Exemplaire Facture pour la Mutuelle**

Date de la facture : 07/07/2023

Identification de l'organisme complémentaire		Code	Adresse	
		PRAECONIS (MMC VESOUL) 146157	BP 283. 6 RUE PAUL MOREL 70006 VESOUL CEDEX	
Identification de l'établissement		N°FINESS 390000172 N°SIRET : 327 308 458 00139 - APE : 8610Z	Référence à rappeler	Signature de l'assuré(e)
C.R.C.P.F.C La Grange sur le Mont		CODE Cat : 109 CATÉGORIE SJT : 63 mft : 04 39110 PONT D HERY Tél. : 0384531616 Fax : 0384531614	N° IPP 30017365 N° de lot N° de facture 133001505 N° d'entrée 2303476	
Domiciliation bancaire de l'établissement		IBAN FR76 3008 7332 8100 0128 9650 294 BIC CMCIFRPP	N° PEC AMC	Absence de signature <input checked="" type="checkbox"/>

Le bénéficiaire des soins		L'assuré(e) titulaire du contrat AMC (à remplir si le bénéficiaire des soins n'est pas l'assuré(e))	
Nom de naissance et prénom(s) RAHAL ZENEK suivi s'il y a lieu du nom d'usage		Nom de naissance et prénom(s) RAHAL ZENEK suivi s'il y a lieu du nom d'usage	
N° d'immatriculation et clé 2 57 10 25 031 614 92	N° d'immatriculation et clé 2 57 10 25 031 614 92	N°contrat/adhérent(e) (mentionné sur l'EP ou la carte)	
Code organisme de rattachement 01 701 Date et rang de naissance 24/10/1957 1	Adresse 7 RUE DE LA POMMERAIE 70000 VAIVRE-ET-MONTOILLE	146157	
N° centre gestionnaire 0000 Date de début d'hospitalisation 09/06/2023			
Entrée le 09/06/2023 à 11 heures Sortie le 06/07/2023 à 09 heures			

**Condition de prise en charge du bénéficiaire des soins**

Pièce Justificative :  5 : Le partenaire a utilisé le télé-service AMO de référence (ADRI ou CDRI) Délivrée par : 701 Valide du 08/07/2022 au 07/07/2023

Nat Ass :  10 : Maladie Justif. Exo :  0 Pas d'exonération

Accident ?  Non  Oui  Ac Trav

**Frais de structure et de soins**

Transfert	Mode de traitement	D M T	DCS	Prestations	Période		Prix unitaire	Quantité	Coefficient	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à la charge pour l'assuré(e)
					Du	Au						Taux	Montant		
03	180		CPC2		01/07/2023	01/07/2023	50.00	1	1	50.00		0	0.00	50.00	0.00
03	180		PJ		01/07/2023	01/07/2023	224.91	1	1	224.91		80	0.00	24.98	0.00
03	180		FJ		01/07/2023	01/07/2023	20.00	1	1	20.00		0	0.00	20.00	0.00
03	180		CPC2		02/07/2023	05/07/2023	50.00	4	1	200.00		0	0.00	200.00	0.00
03	180		PJ		02/07/2023	05/07/2023	224.91	4	1	899.64		80	0.00	99.93	0.00
03	180		FJ		02/07/2023	05/07/2023	20.00	4	1	80.00		0	0.00	80.00	0.00
03	180		FJA		06/07/2023	06/07/2023	20.00	1	1	20.00		0	0.00	20.00	0.00
03	180		CPC2		06/07/2023	06/07/2023	50.00	1	1	50.00		0	0.00	50.00	0.00
Sous-total 1							1 544.55 €			1 544.55 €			0.00 €	544.91 €	0.00 €

N° FINESS établissement -1-				N° FINESS établissement -2-										
MANDATAIRE(S)		N° 39 0 00017 - 2	MANDATAIRE(S)		N°	MANDATAIRE(S)		N°						
C.R.C.P.F.C La Grange sur le Mont TEL : 03.84.53.16.16 FAX : 03.84.53.16.10 BP 104 39110 PONT D HERY														
B*	Centre CCP ou banque	compte	Guichet	Clé	B*	Centre CCP ou banque	compte	Guichet	Clé	B*	Centre CCP ou banque	compte	Guichet	Clé

Montant facturé par le praticien.

Montant TOTAL en euros (1+2+3) 1 544.55 € AMC : 544.91 € Rappel du numéro de facture 133001505 du 07/07/2023

SERVICE COURRIER LE

17 JUIL. 2023

Le 11/07/2023

## BORDEREAU D' EXPEDITION

EXPEDITEUR : L'Hôpital privé Confluent  
 2,4 RUE ERIC TABARLY  
 44277 NANTES CEDEX 2

DESTINATAIRE : PRAECONIS (M70VE002)  
 6 RUE PAUL MOREL  
 BP 80283  
 70006 VESOUL CEDEX

No Finess : 440041580

N° De BORDEREAU : 61

Destinataire Règlement : Partenaire de Santé

N° LOT :

Bordereau en Euros

Facture	Nom	Né(e) le	No secu	PRESTATIONS HOSPITALIERES			HONORAIRES		
				Factures	Ass.maladie	Org.Compl.	Factures	Ass.Maladie	Org.Compl.
297219101	BOISSELIER RENEE	08/06/1928	2280644041002 84	2640.19	0.00	560.00	815.72	0.00	0.00
				Totaux :	2640.19	0.00	560.00	815.72	0.00
Nombre: 1				Total facture :	3455.91	Ass. maladie :	0.00	Org. complémentaire :	560.00

SERVICE COURRIER LE

17 JUIL. 2023

**ETABLISSEMENT DE SANTE PRIVE - BORDEREAU DE FACTURATION DESTINE A L'ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE**

Date d'élaboration 11/07/2023

Identification de l'organisme complémentaire PRAECONIS		Code M70VE002	Adresse 6 RUE PAUL MOREL 70006	BP 80283 VESOUL CEDEX
---	--	---------------	-----------------------------------	--------------------------

Identification de l'établissement L'Hôpital privé Confluent 24 RUE ERIC TABARLY 44277 NANTES CEDEX 2	N° Finess 440041580  365	Code catégorie	Clé de la facture C N° de Lot 457 N° de facture 297219101 N° d'entrée 2972191 N° PEC AMC	Référence à rappeler Signature de l'assuré(e)
Domiciliation bancaire de l'établissement Centre CCP ou banque 30004	L HOPITAL PRIVE CONFLUENT Guichet02408	BNP Compte 00010504052	Clé 58	Absence de signature <input checked="" type="checkbox"/>

Le bénéficiaire des soins		L'assuré(e) titulaire du contrat AMC			
Nom de naissance et prénom(s) TESSIER RENEE suivi s'il y a lieu du nom d'usage BOISSELIER		Nom de naissance et prénom(s) TESSIER RENEE suivi s'il y a lieu du nom d'usage BOISSELIER			
N° immatriculation et clé 2280644041002	84	N° immatriculation et clé 2280644041002	84	N° de contrat / adhérent(e) mentionné sur l'EP ou la carte	
Code organisme de rattachement 01/441	Date et rang de naissance 08/06/1928	1	Adresse BD EVARISTE DEJOIE 44330 VALLET	RESIDENCE LES PAMPRES DOF	
N° centre gestionnaire 1000	Date de début hospitalisation 21/06/2023				
Entrée le 21/06/2023	Sortie le 28/06/2023				

**Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins**

Maladie <input checked="" type="checkbox"/>	Accident causé par un tiers .....	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Si oui, date 00/00/00
Maternité <input type="checkbox"/>	AT/MP <input type="checkbox"/>	Exonération forfait journalier.	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Régime Alsace Moselle <input type="checkbox"/>

**Frais de structure et de soins**

Transfert	Mode de traitement	Dmt	DCS	Prestations		Période	Prix Unitaire	Quantité	Coefficient	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assurée
												Taux	Montant		
S		M	FJ			21/06/23	27/06/23	20.00	7	1.00				140.00	
S		M	GHS			21/06/23	28/06/23	2220.19	1	1.00	2220.19	2220.19	100.00	2080.19	
S		M	FJA			28/06/23	28/06/23	20.00	1	1.00	20.00			20.00	
S		M	CPC			21/06/23	28/06/23	50.00	8	1.00	400.00			400.00	
Sous-total 1						2640.19	2220.19	2080.19	560.00	0.00					

**Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques**

Transfert	Mode de traitement	Dmt	DCS	Prestations	N° identification prescripteur	Date d'implantation	Prix unitaire / tarif de référence	Quantité	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assurée
											Taux	Montant		
Sous-total 2						0.00	0.00	0.00	0.00	0.00				
Sous-total 1 + 2						2640.19	2220.19	2080.19	560.00	0.00				

SERVICE COURRIER LE

17 JUIL. 2023

Feuillet 1 / 2

Transfert	Numéro de case	Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire														Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)					
		N° d'identification prescripteur	Spécialité	N° d'identification de l'exécutant	Spécialité	Zone Tarif	Code cœur entier	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre clé	Localisation dentaire	Prix unitaire	Elément de tarification	Quantité	Coefficient ou dénombrage au tarif	Coefficient associatif	Honoraire facturés	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire			
S 1		441036985	06	23	1	22/06/23				ADI		23.47	Z	1.00		27.20	27.20	100.00	27.20			
S 2		441701778	34	23	1	28/06/23				CS		23.00		0.80		18.40	18.40	100.00	18.40			
S 2		441701778	34	23	1	28/06/23				MPC		2.00		1.00		2.00	2.00	100.00	2.00			
S 3		441701943	09	23	1	22/06/23				CS		23.00		1.00		23.00	23.00	100.00	23.00			
S 3		441701943	09	23	1	22/06/23				MPC		2.00		1.00		2.00	2.00	100.00	2.00			
S 3		441701943	09	23	1	23/06/23				CS		23.00		0.80		18.40	18.40	100.00	18.40			
S 3		441701943	09	23	1	23/06/23				MPC		2.00		1.00		2.00	2.00	100.00	2.00			
S 4		441705233	32	23	1	25/06/23				C		23.00		0.80		18.40	18.40	100.00	18.40			
S 4		441705233	32	23	1	25/06/23				CF		19.06		1.00		19.06	19.06	100.00	19.06			
S 5		441705712	09	23	1	23/06/23				ATM		46.14		1.00		46.14	46.14	100.00	46.14			
S 5		441705712	09	23	1	24/06/23				CS		23.00		1.00		23.00	23.00	100.00	23.00			
S 5		441705712	09	23	1	24/06/23				MPC		2.00		1.00		2.00	2.00	100.00	2.00			
S 5		441705712	09	23	1	26/06/23				CS		23.00		1.00		23.00	23.00	100.00	23.00			
S 5		441705712	09	23	1	26/06/23				MPC		2.00		1.00		2.00	2.00	100.00	2.00			
S 5		441705712	09	23	1	27/06/23				CS		23.00		1.00		23.00	23.00	100.00	23.00			
S 5		441705712	09	23	1	27/06/23				MPC		2.00		1.00		2.00	2.00	100.00	2.00			
S 5		441705712	09	23	1	27/06/23				MCS		5.00		1.00		5.00	5.00	100.00	5.00			
S 6		441706876	09	23	1	21/06/23				CS		23.00		1.00		23.00	23.00	100.00	23.00			
S 6		441706876	09	23	1	21/06/23				MPC		2.00		1.00		2.00	2.00	100.00	2.00			
S 6		441706876	09	23	1	21/06/23				MCS		5.00		1.00		5.00	5.00	100.00	5.00			
S 7		441706876	09	443701610	30	23	1	22/06/23	22/06/23	B		0.26		78.00		20.28	20.28	100.00	20.28			
S 7		441706876	09	443701610	30	23	1	22/06/23	22/06/23	B		0.26		637.00		165.62	165.62	100.00	165.62			
S 7		441706876	09	443701610	30	23	1	22/06/23	22/06/23	TB		2.52		1.50		3.78	3.78	100.00	3.78			
S 7		441706876	09	443701610	30	23	1	23/06/23	23/06/23	B		0.26		44.00		11.44	11.44	100.00	11.44			
S 7		441701943	09	443701610	30	23	1	23/06/23	23/06/23	B		0.26		650.00		169.00	169.00	100.00	169.00			
S 7		441701943	09	443701610	30	23	1	23/06/23	23/06/23	TB		2.52		1.50		3.78	3.78	100.00	3.78			
S 7		441701943	09	443701610	30	23	1	24/06/23	24/06/23	B		0.26		78.00		20.28	20.28	100.00	20.28			
S 7		441701943	09	443701610	30	23	1	24/06/23	24/06/23	B		0.26		308.00		80.08	80.08	100.00	80.08			
S 7		441701943	09	443701610	30	23	1	24/06/23	24/06/23	B		0.26		106.00		27.56	27.56	100.00	27.56			
S 7		441705712	09	443701610	30	23	1	25/06/23	25/06/23	B		0.26		105.00		27.30	27.30	100.00	27.30			

Sous-total 3 815.72 815.72 815.72 0.00 0.00

Transfert provisoire - N° FINESS établissement 1				N° FINESS établissement 2			
MANDATAIRE(S)		N° 1,2,3,4,5,6,7	MANDATAIRE(S)		N°	MANDATAIRE(S)	
B* A.P.N.C.N.C.I.O			B*			B*	
Centre CCP ou banque 30047		Guichet14144	Centre CCP ou banque		Guichet	Centre CCP ou banque	Guichet
Compte 00020955801		Cle 32	Compte		Cle	Compte	Cle
Montant facturé par le praticien.							
N°1 PELLERIN ARNAUD	N°2 VION BENJAMIN	N°3 GROSSI OLIVIER	N°4 LE NOAN HUBERT	N°5 GUERY ROMAIN	N°6 LACOU MATHIEU	N°7 SELARL BIOLOIRE NCN	
ADELI 441036985 € 0.00	ADELI 441701778 € 0.00	ADELI 441701943 € 0.00	ADELI 441705233 € 0.00	ADELI 441705712 € 0.00	ADELI 441706876 € 0.00	ADELI 441701610 € 0.00	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)				Rappel du numéro de facture			
3455.91 €				297219101			

L'émission du présent bordereau atteste du renseignement de celui-ci sur la fondation du bordereau de facturation du régime obligatoire.

B\* : Banque

SERVICE COURRIER LE  
17 JUIL. 2023

**Titre de Recette - Facture**  
Titre exécutoire émis le 10/07/2023  
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: 234330259005000 Compte Client : 143562

Commande du : Livrée le :

N° du titre annulé :

Réserve à l'administration

Exercice : 2023 Code débiteur :

Hôpital  
HOPITAL BEAUJON  
100 BD DU GENERAL LECLERC  
92118 CLICHY CEDEX

Tél : 01 40 87 56 70

Produit : TRAITEMENTS EXTERNES

N° SIRET : 26750045200094 Code FINESS : 920100039 SERVICE COURRIER LE

N° TVA Intracommunautaire : FR.95.267.500.452

17 JUIL. 2023

Ouverture du guichet : lundi-vendredi 9h-13h sans rdv et 13h-16h sur rdv  
Accueil téléphonique : 01.80.97.30.00  
Accueil électronique : [www.aphp.fr/formulaire/une-question](http://www.aphp.fr/formulaire/une-question)

DIRECTION SPECIALISEE  
DES FINANCES PUBLIQUES POUR L'APHP  
4 RUE DE LA CHINE - BATIMENT GALIEN  
CS 50046  
75982 PARIS CEDEX 20



CI 2568 (B 1) - 73 - 1/2 - 249 - 249 - A - 3307111227006

PRAECONIS DEVELOPPEMENT MUTUALISE  
6 RUE PAUL MOREL  
NAVENNE  
70006 VESOUL CEDEX

Client

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

Patient

CHETOUI BAHIA  
CETOU  
92110 CLICHY

Né(e) : CETOU  
Le : 03/07/1977  
A : SIDI AICH

Récapitulatif

Montant total de la facture

Assuré

CHETOUI BAHIA  
N° S.S. : 277079935216114  
Bénéficiaire : 0 Régime :  
Organisme :  
Risque : 00

Prise en charge

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

HT

16,50

Accident du travail

Date :  
N° :  
**Parcours de Soins**  
Parcours : OUI  
Médecin : FITOUSSI RENE  
**Facturation**  
Du : 20/06/2023 Mode d'entrée :  
Au : 20/06/2023 Mode de sortie :  
N° Entrée : 31287249 NIP/IPP : 8008236815

TVA

0,00

TTC

16,50

Somme restant à payer

16,50 €

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

F  
FINANCES PUBLIQUES

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



Exercice : 2023  
N° de titre : 234330259005000  
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 23090050002343302500753002974806

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 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	10		APC - AVIS PONCTUEL CONSULTANT		20/06/23	1.00	55.00		55.00	30.00			16,50
<b>Montant total TTC à votre charge</b>												<b>16,50</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 : 234330259005000

## 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 FLOUREZ Damien Directeur

HOPITAL	CHI BRIGNOLES LE LUC ETABLISSEMENT PRINCIPAL Bd Joseph Monnier 83175 Brignoles	Finess 830100517 Finess 830000279	N° Siret 268300027	AX 130
BENEFICIAIRE	Nom PEGUY Né(e) Prénom ANNICK Né(e) le 10/02/1943 Adresse 70 RUE DE CYRACUSE  83110 SANARY SUR MER  N° IEP 100846256/073 N° IPP 0211000228 Risq. 10		Exp.	Trésorerie Hospit. Var 1 Impasse Lavoisier La Valette du Var CS 30608 83041 TOULON CEDEX 9
ASSURE	ENTREE: 05/06/2023  Nom PEGUY ANNICK NN 243021827000105 ORG.018310003 N° Mutualiste	Ben.	Destinataire	PRAECONIS PREVALOIS 6 RUE PAUL MOREL BP 80283 70006 VESOUL CEDEX
OPS.	Prestations			

N° TITRE	45023
Emis et rendu exécutoire le	10/07/2023
N° Bordereau	170
N° Feuillet	1
Exercice	2023
RDT	

SERVICE COURRIER LE  
17 JUIL. 2023

RENSEIGNEMENTS TRESOR PUBLIC veuillez libeller vos chèques à l'ordre du TRESOR PUBLIC	Quittance	9,00	€
Téléphone 0494612122 BDF Banque de Franc D8360000 RIB 3000100831 D8360000 00069 IBAN FR903000100831D83600000069	BIC BDFFFRPPCCT	9,00	€ Acompte € A PAYER

Pour remboursement: envoyer cet avis et la quittance reçue suite au paiement  
Vous pouvez payer en ligne voir modalités au verso

<b>TALON DE PAIEMENT</b>		PRAECONIS PREVALOIS 6 RUE PAUL MOREL BP 80283 70006 VESOUL CEDEX	999999 CHI BRIGNOLES LE LUC *
Pour les modalités de paiement se reporter au verso du présent avis			
Débiteur: 314563	Références: HTR - n° codique 083021 étab 77 exercice 2023		
PC. 083021	n° entrée 100846256		
* E * CH. 077 ET. 073	n° titre 230045023077000	Trésorerie Hospit. Var 1 Impasse Lavoisier La Valette du Var CS 30608 83041 TOULON CEDEX 9	
EXC. 2023	Montant: 9,00 euros		
DOS. TIT. 100846256 45023	Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier		montant en euros
Montant: 9,00 €	000000077230		
	950033000169 62000450231008462560830212969806		900

## ▼ PARTIE À COMPLÉTER ▼

## COMMENT RÉCLAMER ?

**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 au Bureau des Admissions de l'Établissement désigné au recto du présent avis.

**SI VOUS AVEZ UNE RÉCLAMATION** amiable à formuler, adressez-vous au Bureau des Admissions de l'Établissement désigné au recto du présent avis.  
Veuillez avoir l'obligeance d'informer également le Trésorier de l'Établissement indiqué au recto de votre démarche en précisant les références du titre figurant au verso.

ATTENTION : la contestation amiable n'a pas d'effet suspensif ; le recours devant le Tribunal Administratif doit être porté à la connaissance du Directeur et du Trésorier (copie) de l'Établissement.

**SI VOUS AVEZ DES DIFFICULTÉS** pour régler la somme qui vous est réclamée, adressez-vous, munis des justificatifs de votre situation et du présent avis au Trésorier de l'Établissement chargé du recouvrement désigné au recto du présent avis amiable à formuler, adressez-vous au Bureau des Admissions de l'Établissement désigné au recto du présent avis.

**VOIES DE RECOURS** : Dans le délai de deux mois suivant la notification du présent avis (article L 1617-5 du code général des collectivités territoriales), vous pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant directement le Tribunal Administratif compétent.  
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.

**AFFRANCHIR TOUTE CORRESPONDANCE AVEC L'ÉTABLISSEMENT OU SON TRÉSORIER.**

**EN CAS DE REMBOURSEMENT** : Dès réception de votre règlement, un justificatif vous sera adressé par le Trésor Public.  
Si vos soins sont susceptibles d'un remboursement par votre organisme social (ou votre Mutuelle), il y aura lieu de retourner auprès de ce dernier la feuille de maladie dûment complétée, accompagnée du justificatif de paiement.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)	
NUMÉRO D'IMMATRICULATION	
NOM-Prénom (suivi s'il y a lieu du nom d'époux)	
ADRESSE	
CODE POSTAL	

## SITUATION DE L'ASSURÉ(E) A LA DATE DES SOINS

- ACTIVITÉ SALARIÉE      ou arrêt de travail      EMPLOYEUR  
 ACTIVITÉ NON SALARIÉE      NOM, ADRESSE  
 SANS EMPLOI      ➤ Date de cessation d'activité :  
 PENSIONNÉ(E)  
 AUTRES CAS      ➤ lequel :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE	
<input type="checkbox"/> S'agit-il d'un accident ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date de cet accident : <input type="checkbox"/> Si le malade est PENSIONNÉ DE GUERRE et si les soins concernent l'affectation pour laquelle il est pensionné, cocher cette case <input type="checkbox"/>	
<b>SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURÉ(E)</b>	
<input type="checkbox"/> NOM <input type="checkbox"/> Prénom <input type="checkbox"/> LIEN avec l'assuré(e) : <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre membre de la famille <input type="checkbox"/> Personne vivant marié- talement avec l'assuré(e) <input type="checkbox"/> Exerce-t-il habituellement une activité professionnelle ou est-il titulaire d'une pension ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
MODE DE REMBOURSEMENT	
<input type="checkbox"/> VIREMENT À UN COMPTE POSTAL, BANCAIRE OU DE CAISSE D'ÉPARGNE Lors de la première demande de remboursement par virement à un compte postal, bancaire, ou de caisse d'épargne ou en cas de changement de compte, joindre le relevé d'identité correspondant. <input type="checkbox"/> Autre mode de paiement	
(1) Mettre une croix dans la case de la réponse exacte <small>"LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET / OU D'EMPRISONNEMENT QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU DE FAUSSES DÉCLARATIONS (articles L 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code Pénal)." "Le remboursement des prestations par l'assurance maladie exige l'enregistrement des données codées relatives aux actes effectués et aux prestations servies. La loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie.</small>	
<small>J'atteste, sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.</small> <small>Signature de l'assuré(e) ➤</small>	

## COMMENT PAYER ?

ESPECES – CARTE BANCAIRE	Présentez-vous auprès d'un buraliste partenaire agréé (liste consultable sur <a href="http://www.impots.gouv.fr/portail/paiement_proxime">www.impots.gouv.fr/portail/paiement_proxime</a> ) dans la limite de 300€ pour les espèces
CHEQUE BANCAIRE OU POSTAL	Adresser au Trésor Public (adresse ci-dessus) sous pli affranchi votre chèque libellé à l'ordre du « Trésor Public » accompagné de ce talon de paiement (sans agrafier, ni plier, ni coller). N'envoyez en aucun cas un chèque sans indication du bénéficiaire.
PAR VIREMENT BANCAIRE OU POSTALE	En rappelant obligatoirement dans la zone correspondante les références du titre portées en haut et à droite du présent avis établi à l'ordre du Trésor Public aux références bancaires figurant au recto Muni d'une carte bancaire et de votre facture, ➊ connectez vous sur <a href="http://www.paylip.gouv.fr">www.paylip.gouv.fr</a> ➋ Renseignez l'identifiant collectivité, qui correspond à la lettre budgétaire figurant au recto de votre facture(en dessous de la somme à payer) : - si budget II (3GR), saisir 007376 identifiant collectivité - si budget B (USLD), saisir 007377 identifiant collectivité - si budget E (EHPAD), saisir 007378 identifiant collectivité ➌Saisissez la référence de la facture (au recto en dessous de la somme à payer) ➍ Inscrivez le montant à payer ➎ saisissez le N° d'entrée au recto de la facture dans la rubrique « talon de paiement » ➏ Saisissez votre adresse mail ➐ vous êtes redirigé(e) automatiquement vers le serveur de paiement sécurisé de la Direction Générale des Finances Publiques sur lequel vous pouvez régler votre facture au moyen de votre carte bancaire. ➑ Un mail de confirmation de la transaction vous sera envoyé à l'adresse que vous avez préalablement saisie. ➒ Vous recevrez par courrier une quittance vous permettant de faire valoir vos droits auprès des organismes sociaux.
EN LIGNE	
PAR CARTE BANCAIRE	