

## **COMMENT PAYER VOTRE FACTURE ? (payable à réception)**

### **• PAR INTERNET**

➤ Réglez votre facture 24h/24 et 7j/7 en toute simplicité et sécurité sur le site internet de l'établissement - <https://www.hopitaux-nord-ardennes.fr> - **Espace ViaPatient - Paiement en ligne.**

### **• PAR CHEQUE**

➤ Adressez votre chèque bancaire ou postal à l'ordre du **TRESOR PUBLIC**, au centre d'encaissement avec le talon de paiement dans l'enveloppe à fenêtre ci-jointe. N'adressez aucun autre document au Centre d'encaissement.

### **• PAR VIREMENT BANCAIRE**

➤ En rappelant les références du titre portées en haut à droite du présent avis établi à l'ordre du **TRESOR PUBLIC** (références bancaires figurant au verso).

### **• PAR CARTE BANCAIRE**

➤ Auprès du **TRESOR PUBLIC** et des buralistes agréés.

### **• EN ESPECES**

➤ Auprès des buralistes agréés dans la limite de 300 €.

### **Vous avez des difficultés pour payer la somme qui vous est réclamée ?**

Adressez-vous au Trésor Public, muni des justificatifs de votre situation. Il est possible de mettre en place un écheancier.

### **Vous souhaitez des renseignements sur le décompte ou l'avis de sommes à payer reçu ?**

Adressez-vous au service Patientèle compétent précisé en haut du présent avis.

### **Voies de recours :**

Article L6145-9 du code de la Santé Publique et article L1617-5 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.

**AVIS DES SOMMES A PAYER**

Volet 2 débiteur

<b>CENTRE HOSPITALIER 41 GHNE SITE LONGJUMEAU 910110055</b>										<b>N° FINESS</b> 910000298	<b>N° TITRE</b> 0394953	
										<b>N° SIRET</b> 26910214100083	<b>EMIS ET RENDU EXECUTOIRE LE</b> 10-07-2023	
<b>MALADE</b>	<b>N° DOSSIER</b> H 421265002 41-1 Hospitalisation <b>NOM</b> VIRCONDELET <b>NOM JF</b> GRATTEPAIN <b>PRENOM</b> SUZANNE										<b>Née le</b> 24-06-1933 <b>Entrée le</b> 23-04-2023 <b>Sortie le</b> 12-05-2023 <b>Venant de</b> <b>A son domicile</b>	<b>N° BORDEREAU</b> H 0000368
	<b>ADRESSE</b>	<b>VIRCONDELET SUZANNE</b> <b>RESIDENCE</b> <b>7/9 AVENUE MAZARIN</b> <b>91380 CHILLY MAZARIN</b>										<b>N° FEUILLET</b> 1
<b>ASSURE</b>		<b>NOM</b> VIRCONDELET SUZANNE <b>N° AFFILIATION</b> 2330670059001 53 <b>ORGANISME</b> 01 701 000 0										<b>EXERCICE</b> 23 4115100
	<b>RDT</b>											
<b>OBS</b>												<b>RISQUE</b> 28
											<b>LOT</b> 86 <b>PGM</b> s09f04R201_000 <b>EDITION-FLIAU01</b> 276-	
<b>DATE DEBUT</b>	<b>DATE FIN</b>	<b>GHS</b>	<b>ACTE OU LIBELLE</b>				<b>NOMBRE</b>	<b>TARIF</b>	<b>TARIF DE RESPONS.</b>	<b>TX</b>	<b>A VOTRE CHARGE</b>	<b>DMT M.TRT UF OU COMPTE</b>
23-04-23	02-05-23		Forfait Journalier	Code Ccam	Acte Doc Phase	Modif	Asso	Remb	Supp			
03-05-23	11-05-23		Forfait Journalier							100	20000	216 03 5421
12-05-23	12-05-23		Forfait Journalier							900	18000	216 03 5421
Identification B2/Noémie Type2S(30-38):230394953										Type2S(42-47):341100	20000 216 03 5421	
<b>Paiement en ligne possible</b> <b>Sur www.tipi.budget.gouv.fr</b> <b>Collectivité 010034</b> <b>Référence 2023-00394953-000001</b> <b>N° d'entrée 421265002</b>												

**SERVICE COURRIER LE**  
**17 JUIL. 2023**

<b>INFOS</b>	<b>Période de facturation du 23-04-2023 au 12-05-2023</b>	*****400,00	<b>TOTAL</b>
	<b>RENSEIGNEMENT FACTURATION</b> du Lundi au Vendredi de 9h à 16h au 01 64 54 34 11 ou par mail : c.laine@ghne.fr	*****0,00	<b>AVANCES</b>
		*****400,00	<b>A PAYER</b>

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.

Cédric LUSSIEZ, Directeur

**PAIEMENT**

<b>Banque</b> B. D. F.	<b>400,00</b>	<b>EUROS</b>
<b>RIB</b> 30001 00312 D9150000000 27		
<b>IBAN</b> FR 54 30001 00312 D9150000000 27		<b>A REGLER SOUS QUINZAINE</b>
BIC BDFEFRPPCCT		
Rens.TLJ du lundi au vendredi:9h-12h / 14h-16h		
TEL:01 69 10 25 00		
Téléphone 01 69 10 25 00		

<b>IDENTIFICATION</b>	<b>EXP</b>	<b>TRESORERIE PRINCIPALE</b> 8 AVENUE MARECHAL LECLERC
VIRCONDELET S		91160 LONGJUMEAU
P.C. 091108		
N° d'entrée		
421265002		
N° titré 0394953		
Eh. 41		
Exercice 2023		
Montant		
*****400,00		
	<b>DEST</b>	MMC 6 RUE PAUL MOREL BP 80283
		70006 VESOUL CEDEX

+0000000400006109110804182242126500223063>0394953000085+

Veuillez inscrire dans le cadre ci-dessous, les nom, prénom et l'adresse à qui retourner les justificatifs de paiement.

A NE COMPLÉTER QUE s'il vous est demandé de retourner la totalité de cet avis (mention imprimée par ordinateur au recto de ce document).

DESTINATAIRE	NOM - PRÉNOM	
	N° RUE	
	CODE POSTAL	VILLE

### COMMENT ÉTRE REMBOURSÉ ?

**Si vous adhérez à une mutuelle,** envoyez la partie 1 accompagnée de l'avis de paiement qui vous sera adressé par le Trésor Public.

### COMMENT RÉCLAMER ?

**Si vous souhaitez des renseignements** sur le décompte ou la mise à votre charge des sommes dues, vous pouvez :

- Transmettre un mail : contentieuxghne@gh-nord-essonne.fr
- Pour les **Consultations Externes**, appeler au 01 64 54 34 10
- Pour les **Hospitalisations**, voir indications dans la zone renseignements Hôpital

**Si vous avez des difficultés pour payer** des sommes dues, présentez-vous chez le Receveur du Centre Hospitalier en vous munissant du présent avis ou écrivez-lui en rappelant toutes les références figurant sur le papillon détachable.

**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 le bien-fondé de cette créance en déposant un recours devant le tribunal administratif.

**AFFRANCHIR TOUTE CORRESPONDANCE AVEC LE RECEVEUR DE L'ETABLISSEMENT  
OU L'HÔPITAL**

### TALON DE PAIEMENT

**TOUT PAIEMENT** est à effectuer au Receveur du Centre Hospitalier dont l'adresse figure au recto.

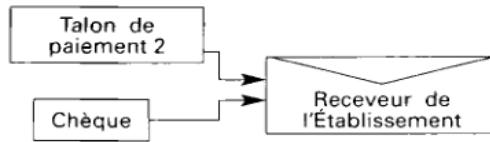
• Par **PAIEMENT EN LIGNE**

- sur [www.tipi.budget.gouv.fr](http://www.tipi.budget.gouv.fr)

• Par **CHÈQUE bancaire** :

- sous pli affranchi à l'adresse du Receveur,
- joignez votre chèque libellé à l'ordre du Trésor Public à ce talon de paiement n° 2, sans agrafe ni plier.

Si vous réglez  
par  
**MANDAT POSTAL**



Collez ce talon n° 3  
sur la partie réservée  
à la correspondance du  
mandat.

A défaut, recopiez toutes  
références.

# 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 CLAIRE DECOUTY-BERNABEU, DIRECTRICE FINANCIERE

<b>HOPITAL</b>	CH : C.H. VERSAILLES	FINESS : 780110078	N° de Titre	1268973		
	ETBLT : MIGNOT	FINESS : 780800256	Emis et rendu exécutoire le	23/06/23		
SIRET : 26780271800028	N° IDENTIFIANT TVA : FR40267802718	N° Bordereau	100748			
<b>RENSEIGNEMENTS :</b> HOSPITALISE 01.39.63.83.15 OU 81.26 CONSULTATIONS 01.39.63.87.60 - URGENCES 87.01		N° Feuillet	1			
		Exercice	2022			
		RDT				
<b>PATIENT</b>	SERVICE COURRIER LE 17 JUIL. 2022					
N° ENTRÉE : 416086633	PFS : 2					
Nom : ROMANZIN EVELYNE						
Né(e) : SERY						
le : 11/09/1947 à : ST CLOUD						
Adresse : 6 BIS RUE L ECHALIER						
28410 ABONDANT						
ENTREE : 12/10/22 SORTIE : 12/10/22						
<b>ASSURE</b>	PREVALOIS 6 RUE PAUL MOREL					
Nom : ROMANZIN EVELYNE						
PIECE : 03	BEN : 01					
ORG. : 01281000	N° : 247097854202610	70000 VESOUL				
<b>OBS.</b>	RISQ28 MT32					
CONSULTATION DU 12/10/22 AU 12/10/22 Réf. Débiteur : K328994 PEC :						
DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITE TAUX A VOTRE CHARGE T.V.A		
121022	CCAM IMAGERIE ADI PARCOURS DE SOINS: O MED.: COUPE JEAN	1	69 00	0 00 30 20 70 DMT : 753		
<b>PARTIE A CONSERVER</b>						
<b>PAIEMENT</b>	TOTAL TVA					
TRESORERIE HOPITAL VERSAILLES 12 RUE DE L'ECOLE DES POSTES  78000 VERSAILLES 78157 Heures d'ouverture de la trésorerie: LUNDI, MARDI, VENDREDI 8H30/12H-13H30/16H MERCREDI, JEUDI DE 8H30 A 12H	BANQUE DE FRANCE RIB : 3000100866F7850000000 14 IBAN : FR703000100866F785000000014 BIC : BDFEFRPPCCT Téléphone : 0130974646				TOTAL HT	
					20 70	A PAYER

Pour les modalités de paiement se reporter au verso du présent avis	<b>TALON DE PAIEMENT</b> Talon à joindre à votre paiement N° codique : 078038 Etab : 01		PREVALOIS 6 RUE PAUL MOREL 70000 VESOUL	1A0078 C.H. VERSAILLES
<b>IDENTIFICATION</b>	Paiement par internet : <b>Non disponible</b> Id. Collectivité : Référence dette : 2022 - 1268973 - 1		TRESORERIE HOPITAL VERSAILLES 12 RUE DE L'ECOLE DES POSTES 78000 VERSAILLES 78157	
N° entrée : 416086633	N° entrée : 416086633		Montant : 20.70 euros	
N° titre : 1268973	Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier		montant en euros	
C.H. : 91 ET : 01	000000391225			
Exercice : 2022	950033000169 15100012689730000010780385964806		2070	
Montant : Eur 20.70				

**Parties 1 et 2  
A CONSERVER**

**Une attestation de dépense**

**COMMENT RÉCLAMER ?**

- **Si vous souhaitez obtenir des renseignements sur le décompte ou la mise à votre charge des sommes dues, adressez-vous au centre hospitalier (Service clientèle)**
- Vous pouvez interroger ce service par téléphone (numéro au recto).
- **Si vous estimatez qu'une erreur a été commise, adressez-vous au centre hospitalier (Service clientèle) qui a qualité pour rectifier éventuellement le présent avis**
- **Pour contester le bien-fondé de cette créance, vous devez déposer un recours devant le tribunal administratif dans un délai de 2 mois suivant la réception du titre exécutoire ou, à défaut, du premier acte procédant de ce titre ou de la notification d'un acte de poursuite (cf 2<sup>e</sup> de l'article L. 1617-5 du code général des collectivités territoriales).**
- **Si vous avez des difficultés pour payer les sommes dues, présentez-vous chez le Trésorier de l'établissement en vous munissant du présent avis ou écrivez en rappelant toutes les références figurant sur le papillon détachable**

TOUTE CORRESPONDANCE AVEC LE TRÉSORIER DE L'ÉTABLISSEMENT OU L'HÔPITAL DOIT ÊTRE AFFRANCHIE

**Vous réglez par chèque :**

- Établissez votre chèque à l'ordre du Trésor public
- Joignez-y le talon sans l'agrafer



**Dans tous les cas**

**NE JOIGNEZ AUCUN AUTRE DOCUMENT À VOTRE RÈGLEMENT**

Ne pas adresser en recommandé

**Détachez le talon de paiement de l'avis ci-dessous**

**Si vous réglez**

Par mandat ou  
virement postal

Collez ce talon  
n° 3 sur la partie  
réservée à la cor-  
respondance du  
chèque postal ou  
du mandat.

# 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

HOPITAL

BENEFICIAIRE

OBS. ASSURE

CHI nord ARDENNES  
CH CHARLEVILLE MEZIERES  
45 AV MANCHESTER BP 10900

par Mr TALEC THOMAS, DIRECTEUR GENERAL

Finess 080011174  
Finess 080000425

N° Siret 20009020700016

P6 851

POUR TOUS RENSEIGNEMENTS APPELER

08011 CHARLEVILLE-MEZIERES  
Nom WARSEE  
Nom J.F. MARLOT  
Prénom LUCIE  
Né(e) le 24/04/1938  
Adresse 7 RUE DE LA FONTAINE

LE SERVICE PATIENTELE DU POLE 6 AU 0324587128

OU MAIL BDEP6@ch-nord-ardennes.fr

EXP.

TRESORIER DES ETAB. HOSP  
41 AVENUE DE MANCHESTER  
08000 CHARLEVILLE-MEZIERES

08320 AUBRIVES  
N° IEP 413099076/011 N° IPP 020108000  
Risq. 10

ENTREE: 16/05/2023

Nom WARSEE LUCIE  
NN 238040252600118  
ORG. 010810000 N° Mutualiste Ben

Destinataire

MMC PRAECONIS PREVALOIS  
6 R PAUL MOREL  
BP 283  
70006 VESOUL CEDEX

Prestations

Orienté médecin traitant (MTO)

DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITÉ	TAUX	A VOTRE CHARGE
160523	Actes d'imagerie ADI	1,00	27,89		30	8,37 32-034 4049
160523	CONSULTATION SPECIALISTE CS	1,00	23,00		30	6,90 07-152 2209
160523	MAJORATION COORDINATION SPECIA MCS	1,00	5,00		30	1,50 07-152 2209
160523	MAJORATION PROVISOIRE CLINICIE MPC	1,00	2,00		30	0,60 07-152 2209

SERVICE COURRIER LE  
17 JUIL. 2023

## RENSEIGNEMENTS TRÉSOR PUBLIC

9H-11H30 \* 13H30-16H00 FERME LE SAMEDI TRESORERIE ETS HOSP 41 AVN MANCHESTER 08000

Quittance CHARL

17,37

€

Téléphone 0324587141 BDF BDF C0810000 RIB 3000100534C081000000077

IBAN FR383000100534C081000000077

BIC BDFFFRPPCCT

17,37

€ Acompte

€ A PAYER

TRESORERIE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS DE CHARLEVILLE-MEZIERES  
JOINDRE LE TALON CI-DESSOUS A VOTRE REGLEMENT, LA QUITTANCE VOUS SERA ENVOYEE

## TALON DE PAIEMENT à joindre à votre paiement

MMC PRAECONIS PREVALOIS  
6 R PAUL MOREL  
BP 283  
70006 VESOUL CEDEX

999063

CHI nord ARDENNES

€

Pour les modalités de  
paiement se reporter  
au verso du présent avis  
Débiteur: 469887

## IDENTIFICATION

PC. 008011

\* E \*

CH. 074 011

EXC.2023

DOS.413099076

TIT. 167336

Références HTR - n° codique 008011  
étab 99 exercice 2023

n° entrée 413099076  
n° titre 230167336099000

Montant 17,37 Euros

TRESORIER DES ETAB. HOSP  
41 AVENUE DE MANCHESTER  
08000 CHARLEVILLE-MEZIERES

montant en euros

Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier

Montant: 17,37 €

000000099230

999063000195 73001673364130990760080112980806

1737

N° TITRE	167336
Emis et rendu exécutoire le	16/07/2023
N° Bordereau	10546
N° Feuillet	1
Exercice	2023
RDT	

## **COMMENT PAYER VOTRE FACTURE ? (payable à réception)**

### **• PAR INTERNET**

➤ Réglez votre facture 24h/24 et 7j/7 en toute simplicité et sécurité sur le site internet de l'établissement - <https://www.hopitaux-nord-ardennes.fr> - **Espace ViaPatient - Paiement en ligne.**

### **• PAR CHEQUE**

➤ Adressez votre chèque bancaire ou postal à l'ordre du **TRESOR PUBLIC**, au centre d'encaissement avec le talon de paiement dans l'enveloppe à fenêtre ci-jointe. N'adressez aucun autre document au Centre d'encaissement.

### **• PAR VIREMENT BANCAIRE**

➤ En rappelant les références du titre portées en haut à droite du présent avis établi à l'ordre du **TRESOR PUBLIC** (références bancaires figurant au verso).

### **• PAR CARTE BANCAIRE**

➤ Auprès du **TRESOR PUBLIC** et des buralistes agréés.

### **• EN ESPECES**

➤ Auprès des buralistes agréés dans la limite de 300 €.

### **Vous avez des difficultés pour payer la somme qui vous est réclamée ?**

Adressez-vous au Trésor Public, muni des justificatifs de votre situation. Il est possible de mettre en place un écheancier.

### **Vous souhaitez des renseignements sur le décompte ou l'avis de sommes à payer reçu ?**

Adressez-vous au service Patientèle compétent précisé en haut du présent avis.

### **Voies de recours :**

Article L6145-9 du code de la Santé Publique et article L1617-5 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.

## 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 Mme FERRER Anne, Directeur Général

HOITAL	C.H.U MONTPELLIER HOPITAL LAPEYRONIE 191 AV. DOYEN G GIRAUD 34295 MONTPELLIER CEDEX 5	Finess 340780477 Finess 340785161	N° Siret 263400160	M8 1197
--------	--	--------------------------------------	--------------------	---------

BENEFICIAIRE	Nom NAPOLI Né(e) FERNANDE Prénom 01/10/1953 Né(e) le 4 RUE CORNEILLE APART 6  34800 CLERMONT L HERAULT N° IEP 7117846100/018 N° IPP 001737755 Risq. 10 ENTREE : 21/06/2023	SERVICE COURRIER LE 17 JUIL. 2023	Exp.	TRESORIER PRINCIPAL 191 AV DOYEN GASTON GIRAUD CHRU MONTPELLIER 34090 MONTPELLIER
ASSURE	Nom NAPOLI FERNANDE NN 253109912711382 ORG 013420005 N° Mutualiste	Ben.	Destinataire	MMC PRAECONIS PREVALOIS DIRECT SA 6 RUE PAUL MOREL BP 80283 MUTUELLE MEDICO CHIRURGICALE 70006 VESOUL CEDEX
OBS.	Prestations			Orienté médecin traitant (MTO)

DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITE	TAUX	A VOTRE CHARGE	REALISAT.
210623	AVIS PONCTUEL SPECIALISTE	APC	1,00	55,00	30	16,50	04

## RENSEIGNEMENTS TRESOR PUBLIC

PAIEMENT www.payfip.gouv.fr Collectivité:006841+exercice+titre+n° IEP

Téléphone 0467339333 BDF BANQUE DE FRANC E3410000 RIB 3000100572E341000000073 € Acompte  
IBAN FR443000100572E341000000073 BIC BDFEFRPPCCT 16,50 € A PAYERPour votre remboursement : Avis à conserver  
votre attestation sera adressée après paiement

## TALON DE PAIEMENT

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

Débiteur: 302757

Références : HTR - n° codique 034022  
étab 018 exercice 2023IDENTIFICATION  
PC. 034022  
\* E \*  
CH. 001 ET. 018  
EXC. 2023  
DOS. TIT. 117846100  
6656932MMC PRAECONIS PREVALOIS DIRECT SA  
6 RUE PAUL MOREL  
BP 80283  
MUTUELLE MEDICO CHIRURGICALE  
70006 VESOUL CEDEX

€ \*

n° entrée 117846100  
n° titre 236656932001000  
Montant : 16,50 eurosTRESORIER PRINCIPAL  
191 AV DOYEN GASTON GIRAUD  
CHRU MONTPELLIER  
34090 MONTPELLIER

montant en euros

Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier

Montant : 16,50 € 000000701232

950033000169 9210006656932000010340225974806

1650

N° TITRE	6656932
Emis et rendu exécutoire le	11/07/2023
N° Bordereau	9347308
N° Feuillet	1
Exercice	2023
RDT	302757

**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 Mme FERRER Anne, Directeur Général

HOPITAL	C.H.U MONTPELLIER HOP. ARNAUD DE VILLENEUVE 191 AV. DOYEN G GIRAUD 34295 MONTPELLIER CEDEX 5		Finess 340780477 Finess 340796663	N° Siret 263400160	PY 740		
BENEFICIAIRE	<b>Nom</b> MERLE <b>Né(e)</b> <b>Prénom</b> RICHARD <b>Né(e) le</b> 21/10/1960 <b>Adresse</b> 9 RUE DES GENETS  34790 GRABELS  N° IEP 7116905618/008      N° IPP 001030970 Risq. 10		SERVICE COURRIER LE 17 JUIL. 2023		Exp.	<b>N° TITRE</b> 6650237 <b>Emis et rendu exécutoire le</b> 11/07/2023 <b>N° Bordereau</b> 9347291 <b>N° Feuillet</b> 1 <b>Exercice</b> 2023  <b>RDT</b> 302757	
					Destinataire		
ASSURE	<b>Nom</b> MERLE RICHARD <b>NN</b> 160103417214367 <b>ORG</b> -013420005 <b>N° Mutualiste</b> N073076				MMC PRAECONIS PREVALOIS DIRECT SA 6 RUE PAUL MOREL BP 80283 MUTUELLE MEDICO CHIRURGICALE 70006 VESOUL CEDEX		
OBS.	Prestations		Orienté médecin traitant (MTO)				
DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITE	TAUX	A VOTRE CHARGE	REALISAT.
240523	Actes techniques médicaux	ATM	1,00	76,80	30	23,04	03

**RENSEIGNEMENTS TRESOR PUBLIC**

PAIEMENT www.payfip.gouv.fr Collectivité:006841+exercice+titre+n° IEP

23,04 €

 Téléphone 0467339333 BDF BANQUE DE FRANC E3410000 RIB 3000100572E341000000073  
 IBAN FR443000100572E341000000073 BIC BDFFFRPPCCT

€ Acompte

23,04 € A PAYER

 Pour votre remboursement : Avis à conserver  
 votre attestation sera adressée après paiement

**TALON DE PAIEMENT**

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

Débiteur: 302757

Références : HTR - n° codique 034022

IDENTIFICATION

PC. 034022

\* E \* ET. 008

EXC. 001 DOS. 2023

TIT. 116905618

6650237

Montant : 23,04 €

n° entrée 116905618

n° titre 236650237001000

Montant : 23,04 euros

Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier

 MMC PRAECONIS PREVALOIS DIRECT SA  
6 RUE PAUL MOREL  
BP 80283  
MUTUELLE MEDICO CHIRURGICALE  
70006 VESOUL CEDEX
 

€ \*

 TRESORIER PRINCIPAL  
191 AV DOYEN GASTON GIRAUD  
CHRU MONTPELLIER  
34090 MONTPELLIER
 

montant en euros

000000701232

950033000169 4010006650237000010340225963806

2304

# 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 BASTIEN RIPERT-TEILHARD-DIRECTEUR-CTRE HOSPITALIER D'ANTIBES

HOPITAL	CH : CH ANTIBES JUAN LES PINS ETBLT : CH D'ANTIBES JUAN LES PIN SIRET : 26060015000015	MATRICULE : 060780954 MATRICULE : 060000510 N° IDENTIFIANT TVA :	N° de Titre : 0102238 Emis et rendu exécutoire le : 10/07/23 N° Borderou : 326 N° Feuillet : 1 Exercice : 2023 RDT																	
PATIENT	RENSEIGNEMENTS : DOSSIERS SOINS EXTERNES AU 04 97 24 80 07 DU LUNDI AU VENDREDI DE 9H A 12H ET DE 12H45 A 16H15 DOSSIERS D'HOSPITALISATION AU 04 97 24 77 13 LUNDI DE 13H A 17H ET DU MARDI AU VENDREDI DE 9H30 A 16H30	N° ENTRÉE : 304369803 Nom : DONSA GILBERT Né(e) : le : 06/08/1947 à : MEULAN EN YV Adresse : 292 CHEMIN DU VALBOSQUET RES DU VALBOSQUET VILLA 20 06600 ANTIBES ENTREE : 01/06/23 SORTIE : 01/06/23	MMC BP 80283 6 RUE PAUL MOREL 70006 VESOUL CEDEX																	
ASSURE	Nom : DONSA GILBERT PIECE : 05 ORG. : 01061000 N° : 147087840107257	BEN : 01																		
OBS	ACC 4AXES DU 02.08.22 / RP A 55 PRISE EN CHARGE LIMITÉE AU 31/12/23 CONSULTATION DU 01/06/23		RISQ10 MT07 Réf. Débiteur : N032465AEC PEC :																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>DATE</th> <th>DESIGNATION</th> <th>NOMBRE</th> <th>TARIF</th> <th>TARIF DE RESPONSABILITÉ</th> <th>TAUX</th> <th>A VOTRE CHARGE</th> <th>TVA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>010623</td> <td>CCAM ECHOGRAPHIE ADE PARCOURS DE SOINS: O MED.: GORDON SIMON</td> <td>1</td> <td>96.49</td> <td>0.00</td> <td>30</td> <td>28.95</td> <td>DMT : 045</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>PARTIE A CONSERVER</b></p> <p>SERVICE COURRIER LE 17 JUIL. 2023</p>					DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITÉ	TAUX	A VOTRE CHARGE	TVA	010623	CCAM ECHOGRAPHIE ADE PARCOURS DE SOINS: O MED.: GORDON SIMON	1	96.49	0.00	30	28.95	DMT : 045
DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITÉ	TAUX	A VOTRE CHARGE	TVA													
010623	CCAM ECHOGRAPHIE ADE PARCOURS DE SOINS: O MED.: GORDON SIMON	1	96.49	0.00	30	28.95	DMT : 045													
					TOTAL TVA															
PAIEMENT	TRESORERIE DE CANNES CH 15 AVENUE DES BROUSSAILLES 06401 CANNES CEDEX 01 CEDEX Heures d'ouverture de la trésorerie: LUN MER JEU VEN 8H30-12H ET MARDI SUR RDV 8H30-16H PAIEMENT CB INTERNET WWW.PAYFIP.GOUV.FR	TP NICE RIB : 100710600000002007098 55 IBAN : FR7610071060000000200709855 BIC : TRPFRP1 Téléphone : 0493697477					TOTAL HT													
					28.95 .  A PAYER															

Pour les modalités de paiement se reporter au verso du présent avis	<b>TALON DE PAIEMENT</b> Talon à joindre à votre paiement	MMC 6 RUE PAUL MOREL BP 80283 70006 VESOUL CEDEX	1A0006 CH ANTIBES JUAN LES *
IDENTIFICATION	Références : HTR - n° codique : <b>Non disponible</b> exercice : n° entrée : 2023 - 0102238 - 1 Montant : 304369803 euros 28.95	TRESORERIE DE CANNES CH 15 AVENUE DES BROUSSAILLES	€
N° entrée : 304369803	Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier	06401 CANNES CEDEX 01 CEDEX	montant en euros
N° titre : 0102238			
C.H. : 72 ET : 63	000000172233		
Exercice : 2023			
Montant : Eur 28.95	950033000169 76100001022380000010061085997806		2895