

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.1817-23, R.2342-4, R.3342-8-1 et R.4341-4 du code général des collectivités territoriales par MR THIERRY MONTOURCY, DIRECTEUR GENERAL PAR INTERIM

HOPITAL	CH : CH ROCHEFORT ETBLT : HOPITAL DE ROCHEFORT SIRET : 26170033000135 RENSEIGNEMENTS : SERVICE FACTURATION 1 AVE DE BELIGON 17301 ROCHEFORT CEDEX HOSPITALISATION : 05.46.88.50.88 CONSULTATIONS EXTERNES : 05.46.88.50.87	FINESS : 170780225 FINESS : 1700000152 N° IDENTIFIANT TVA :	N° de Titre : 6081804 Emis et rendu exécutoire le : 28/06/23 N° Bordereau : 600302 N° Feuillet : 1 Exercice : 2023 RDT				
PATIENT	N° ENTRÉE : 009613007 Nom : LEFEVRE MICHELLE Né(e) : CHAUMETTE le : 06/04/1949 à : ROYAN Adresse : 19 A RUE DE BELLEVUE 17530 ARVERT ENTREE : 05/05/23 DECEDE : 10/05/23	PFS : CW	SERVICE COURRIER IF 17 JUIL. 2023				
ASSURE	Nom : LEFEVRE MICHELLE PIECE : 03 ORG. : 02175000 N° : 249041730605888	BEN : 01	PREVALOIS 6 RUE PAUL MOREL 70000 VESOUL				
OBS	RP NON GARANTI PRISE EN CHARGE LIMITÉE AU 31/12/23 ---- SEJOUR ---- DU 05/05/23 AU 10/05/23 Réf. Débiteur : N155959		RISQ28 MT03 PEC :				
DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITÉ	TAUX	A VOTRE CHARGE	TVA
050523	MEDECINE AUT UM HC FORFAIT JOURNALIER	11 5	1177 20 00	0 00 0 00 100	0 00 100 00	0 00 100 00	DMT : 216 DMT : 216
PARTIE A CONSERVER							
TOTAL TVA							
PAIEMENT	TRESORERIE ETABL. HOSPITALIERS 2 AVENUE DE FETILLY BP 70319 17013 LA ROCHELLE CEDEX 1 Heures d'ouverture de la trésorerie: 8H30 - 12H30 UNIQUEMENT SUR RENDEZ-VOUS	RIB : 3000100695D1740000000 76 IBAN : FR433000100695D174000000076 BIC : BDFFFRPPCCT Téléphone : 0546414293					TOTAL HT
						100.00	A PAYER

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

IDENTIFICATION
017016

N° entrée :
009613007

N° titre :
6081804

C.H. : 92 ET : 40
Exercice : 2023

Montant : Eur
100.00

TALON DE PAIEMENT

Talon à joindre à votre paiement

Pour les modalités de paiement se reporter au verso du présent avis	TRESORERIE ETABL. HOSPITALIERS 2 AVENUE DE FETILLY BP 70319 17013 LA ROCHELLE CEDEX 1	PREVALOIS 6 RUE PAUL MOREL 70000 VESOUL	CH ROCHEFORT
			*
N° codique : 017016	Etab : 40		€
Paiement par internet : Non disponible			
Id. Collectivité : Référence dette : 2023 - 6081804 - 1			
N° entrée : 009613007 Montant : 100.00 euros			
Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier		montant en euros	
000000092236		950033000169 16100060818040000010170165947806 10000	

MODALITES DE REGLEMENT :

Adresser votre chèque bancaire ou postal à l'ordre du Trésor Public, au Centre d'Encaissement avec le talon de paiement dans l'enveloppe à fenêtre ci-jointe dûment affranchie.

N'adressez aucun autre document au Centre d'Encaissement.

Expéditeur	TRESORERIE ETABL. HOSPITALIERS 2 AVENUE DE FETILLY BP 70319 17013 LA ROCHELLE CEDEX 1
Destinataire	PREVALOIS 6 RUE PAUL MOREL 70000 VESOUL

Vous pouvez aussi payer :

- en chèque ou en carte bancaire aux guichets de la trésorerie (adresse et horaires figurant au recto) muni du présent avis,
- par virement bancaire ou postal en rappelant obligatoirement dans la zone correspondante les références du titre portées en haut à droite du présent avis, établi à l'ordre du Trésor Public aux références bancaires figurant au recto dans le cadre PAIEMENT,
- en ligne par internet si l'adresse du site est renseignée sur le talon de paiement au recto du présent avis. Les informations requises au moment du paiement sont mentionnées sous l'adresse internet.

AFFRANCHIR TOUTE CORRESPONDANCE AVEC LA TRESORERIE OU L'HOPITAL**RENSEIGNEMENTS, RECLAMATIONS, DIFFICULTES DE PAIEMENT:**

- **Renseignements :** si vous souhaitez obtenir des renseignements sur le décompte ou la mise à votre charge des sommes dues ou si vous estimatez qu'une erreur a été commise, adressez-vous aux services de l'établissement désigné au recto du présent acte
- **Réclamations :** si vous avez une réclamation amiable à formuler, adressez-vous aux services de l'établissement désigné au recto du présent acte
 - * Attention : la contestation amiable ne suspend pas le délai de saisine du tribunal
- **Difficultés de paiement :** si vous avez des difficultés pour régler la somme qui vous est réclamée, adressez-vous, muni des justificatifs de votre situation, au comptable chargé du recouvrement désigné au recto du présent acte.

VOIES DE RECOURS :

Dans le délai de deux mois suivant la notification du présent acte (article L1617-5 du code général des collectivités territoriales), vos 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.

AVIS DES SOMMES A PAYER

BENEFICIAIRE
000 HOSPICES CIVILS DE LYON
LYON CEDEX 02

N° Finess : 690781810

N° Siren : 266900273

Nom : ABDELLAOUI
Née :
Prénom : ASMA
Né(e) le : 07/02/1998
Adresse : 1 rue christin

39200 ST CLAUDE

N° IEP : 7001144223 / 024 N° IPP : 011364215
ENTREE:19/04/2023

ASSURE
Nom : ABDELLAOUI ASMA
NN : 298023947803374
ORG : 013910005
N° Mutualiste :
Risque : 10 Bénéficiaire :

2T HOPITAL DE LA CROIX-ROUSSE

Exp. LE COMPTABLE DES H.C.L
3 Quai des celestins
69237 LYON CEDEX 02

N° de titre	4001016
Exercice	2023
Emis et rendu exécutoire le	10/07/2023
N° Bordereau	3002949
N° Feuillet	1
N° Finess Ets	690784152
RDT	

MMC MUT MEDICO CHIRURGICALE
6 RUE PAUL MOREL
BP 283

70006 VESOUL CEDEX

O Prestations
B
S Orienté médecin traitant (MTO)

DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITE	TAUX	A VOTRE CHARGE	REALISAT.
210623	CONSULTATION SPECIALISTE	CS	1,00	23,00	30	6,90	04
210623	MAJORATION COORDINATION	MCS	1,00	5,00	30	1,50	04
210623	Majoration provisoire Clinicien	MPC	1,00	2,00	30	0,60	04

SERVICE COURRIER LE
17 JUIL. 2023

Paiement par CB ou par Internet : voir au dos

9,00

par Mr LE MOIGN Raymond, Directeur Général

A PAYER
(Lire au dos)

9,00

EUROS

MODALITES**DE PAIEMENT****AU VERSO**

303228

Références

à rappeler :

7001144223

n°codique : 069022 Montant : 9,00 euros

n°entrée : E 7001144223 NE RIEN INScrire SOUS CE TRAIT - NE PAS PLIER

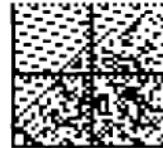
n° titré : 4001016

CH : 002

Exercice : 2023 000000202236

Montant :

9,00 euros



MMC MUT MEDICO CHIRURGICALE
6 RUE PAUL MOREL
BP 283

70006 VESOUL CEDEX

LE COMPTABLE DES H.C.L
3 Quai des celestins
69237 LYON CEDEX 02



montant en euros

900

PAIEMENT

Cette facture est payable à réception. Vous pouvez payer :

- par **Carte bancaire** en téléphonant au 04.72.40.70.66 du lundi au vendredi, de 08H45 à 12H et de 13H30 à 15H30 ☎.
- par **Internet** (paiement sécurisé) à l'adresse <https://myhel.sante-ra.fr> – rubrique « Payer ma facture ».
- par **Chèque bancaire** à l'ordre du Trésor Public, en joignant le Talon de paiement dans l'enveloppe à fenêtre dûment affranchie.
- par **Virement bancaire** établi à l'ordre de Trésorerie Hospitalière de la Métropole de Lyon sur le compte :
BIC : BDFEFRPPCCT **IBAN** : FR73 3000 1004 97C6 9200 0000 034
en rappelant dans la zone correspondance l'Exercice et le N° de titre.
- en **Espèces** (dans la limite de 300€) ou par **Carte bancaire**, muni du présent avis, auprès d'un buraliste - partenaire agréé (liste consultable sur le site <https://www.impots.gouv.fr/portail/paiement-de-proximite>).
- par **Prélèvement Automatique** à l'échéance en USLD si vous l'avez accepté (renseignement auprès du Bureau des admissions).

Si vous avez des difficultés pour payer, contactez la Trésorerie Hospitalière de la Métropole de Lyon au 3 quai des Célestins 69002 LYON, ou par téléphone au 04.72.40.70.66 ou par mail t069022@dgfip.finances.gouv.fr. Notre accueil se fait du lundi au vendredi de 8H45 à 12H et de 13H30 à 15H30, sauf le mercredi après-midi où nous n'assurons pas d'accueil physique. Pensez à vous munir du présent avis et de vos justificatifs de revenus.

Si vous devez vous faire rembourser par un organisme complémentaire (mutuelle...) :

Attendez l'attestation de paiement du Trésor Public, envoyez-la ensuite avec cette facture à votre mutuelle ou assurance.

RENSEIGNEMENTS

Pour toute explication concernant cette facture, vous pouvez joindre le Bureau des Admissions de l'établissement où vous avez reçu les soins le matin de 8h30 à 12h30 du lundi au vendredi au numéro ou mail suivant :

Etablissements	Soins externes	Hospitalisations
Edouard Herriot (mardi, jeudi, vendredi)	04 72 11 10 60 litiges-se-be.eh@chu-lyon.fr	04 72 11 61 09 heh.contentieuxh@chu-lyon.fr
Lyon Sud et Henry Gabrielle		04 78 86 20 96 ls.begestion@chu-lyon.fr
Croix Rousse (lundi, mardi, jeudi, vendredi)	04 72 07 15 95 hcr.be-croixrousse@chu-lyon.fr	04 72 07 17 27
Neuro, Cardio, HFME (lundi, mercredi, vendredi : 8h30-12h30)		04 72 68 13 40 ghe.contentieux@chu-lyon.fr
Pierre Garraud		04 72 16 80 16
Antoine Charial (9h - 12h30)		04 72 32 34 10 ls.be-charial@chu-lyon.fr
Frédéric Dugoujon		04 72 07 18 11
Charpennes		04 72 43 21 72 hc.be@chu-lyon.fr
Centre Dentaire		04 27 85 40 12 dt.gestion-be@chu-lyon.fr
Renée Sabran (mardi, jeudi)		04 94 38 15 04 rs.bda@chu-lyon.fr

VOIE DE RE COURS

Ce titre est exécutoire en application de l'article L.252 A du LPF (Livre des procédures fiscales), pris, émis, et rendu exécutoire conformément aux dispositions de l'article R. 2342-4 du CGCT (Code général des collectivités territoriales). Dans le délai de deux mois suivant la notification du présent acte, vous pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant directement le Tribunal Administratif. 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 formuler la demande auprès du tribunal judiciaire.

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 ALISSE Sabine, Directeur par intérim de l'établissement

HOPITAL	GHPSO GHPSO CREIL Boulevard LAENNEC 60100 CREIL	Finess 600101984 Finess 600000467 Bureau du régisseur ouvert du lundi au vendredi de 9h à 12h / 13h à 15h Tél : 03 44 61 69 12	N° Siret 200029619 JC 1175				
BENEFICIAIRE	Nom BEGARD Né(e) VACHERON Prénom HELENE Né(e) le 05/07/1946 Adresse 9 ROUTE DE VEMARS 60128 PLAilly N° IEP 200420080/056 N° IPP 006412419 Risq. 29 ENTREE: 16/05/2023		Exp.	CENTRE DES FINANCES PUBLI 1-2 Square H BOUCHER CS 90449 60319 CREIL CEDEX 2			
ASSURE	Nom BEGARD JEAN CLAUDE NN 144065103008290 Ben. ORG-016010001 N° Mutualiste N122040		Destinataire	MMC 6 RUE PAUL MOREL BP 80283 70006 VESOUL CEDEX			
OBS.	Prestations						
DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITE	TAUX	A VOTRE CHARGE	REALISAT.
160523	Forfait Patient Urgence Minoré FPV	1,00	8,49		100	8,49	01
<i>SERVICE COURRIER LE 17 JUIL. 2023</i>							

RENSEIGNEMENTS TRESOR PUBLIC

Du lundi au vendredi 8h45-12h15 (Fermé le mercredi)

Téléphone 0344614160 BDF TRESOR PUBLIC 00002004 RIB

IBAN FR7610071600000000200478169

Quittance

8,49 €

1007160000000200478169

€ Acompte

BIC TRPUFRP1XXX

€ A PAYER

8,49 €

AVIS A CONSERVER ET A JOINDRE A L' ATTESTATION

TALON DE PAIEMENT
TALON A JOINDRE A VOTRE PAIEMENT

 MMC
6 RUE PAUL MOREL
BP 80283
70006 VESOUL CEDEX

060044

GHPSO

*

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

Débiteur: 301721

 Références : HTR - n° codique 060044
 étab 056 exercice 2023

PC. 060044

* E * ET. 056

CH. 067

EXC. 2023

DOS. 200420080

TIT. 111728

 n° entrée 200420080
 n° titre 230111728067000

 CENTRE DES FINANCES PUBLI
1-2 Square H BOUCHER
CS 90449
60319 CREIL CEDEX 2

Montant: 8,49 euros

montant en euros

Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier

Montant: 8,49 €

000000167238

950033000169 51100001117280000010600445983806

849

PARTIE 1 A CONSERVER

Veuillez inscrire dans le cadre ci-dessous, les noms, prénoms et l'adresse à qui retourner le justificatif 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).

Nom - Prénom	
N°	Rue
Code Postal	Ville



COMMENT RECLAMER ?

- **Si vous souhaitez obtenir des renseignements** sur le décompte ou la mise à votre charge des sommes dues, adressez-vous au Centre Hospitalier (Service Facturation).
Vous pouvez interroger ce service par téléphone.
- **Si vous estimatez qu'une erreur a été commise**, adressez-vous au Centre Hospitalier (Service Facturation), qui a qualité pour rectifier éventuellement le présent avis.
- **Si vous avez des difficultés pour payer** les sommes dues, présentez-vous chez le comptable de l'établissement en vous munissant du présent avis ou écrivez-lui en rappelant toutes les références figurant sur le papillon détachable.

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

VOIES DE RECOURS : Dans le délai de deux mois suivant la modification du présent acte (article L 1617- du code général de collectivités territoriales), vous pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant le tribunal administratif.



TALON DE PAIEMENT

Si vous réglez

Par INTERNET

- connectez-vous au site de l'hôpital www.ghps.fr ou rendez-vous directement sur le site de paiement en ligne www.payfip.gouv.fr Vous trouverez les informations utiles au paiement sur le recto de cette facture.

Identifiant collectivité : 010428

Référence facture : au dos sous le montant à payer

Par CHEQUE (et sous pli affranchi)

- à l'adresse de paiement indiquée au recto
- Joignez votre chèque libellé à l'ordre : TRESOR PUBLIC, à ce talon de paiement n°2, sans agrafe ni plier.



Si vous réglez

Par mandat ou virement postal

Collez ce talon N°3 sur la partie réservée à la correspondance du chèque postal ou du mandat.

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. Ordonnateur: MADAME LA DIRECTRICE

SERVICE COURRIER LF
17 JUIL. 2023

INFORMATIONS	Quittances à déduire
SERVICE FACTURATION 03 44 23 60 17 DE 8H30 A 16H DU LUNDI AU VENDREDI TVA intracommunautaire FR 612 660 070 61	A PAYER 8 , 49 €

Renseignements Trésor public			
Banque	TPBEAUVAIS		
IBAN	FR761007160000000200477102	BIC	TRPUFRP1XXX
Adresse	TRESORERIE HOSPITALIERE CREIL 1-2 square Hélène Boucher		
	Heures d'ouverture : LUN, MAR, JEU, VEN DE 8H45 A 12H15		
60319	CREIL CEDEX 21	Téléphone : 03 44 61 41 60	

POUR VOTRE REMBOURSEMENT : AVIS A CONSERVER ET A JOINDRE A L'ATTESTATION QUI VOUS SERA ADRESSEE APRES PAIEMENT

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

TALON DE PAIEMENT

MMC
6 RUE PAUL MOREL
BP 80283
70006 VESOUL CEDEX

A060xx
CENTRE HOSPITALIER COMPIEGNE N

PG-060044

CH: 63

ET: 14

Ex : 2023

Dossier 123037309

Titre : 23 0135509

063000

Mt : 8.49

Références : Hélios - N° Codique 060044
Etab. 14 Exer. 2023

TRESORERIE HOSPITALIERE CREIL
1-2 square Hélène Boucher

€



Ne rien inscrire sous ce trait - Ne pas plier

000000163231

950033000169 1010001355090000010600445983806

RENSEIGNEMENTS PAIEMENT

Cette facture est payable à réception.

- Par chèque bancaire, en Euros, à l'ordre du Trésor Public. Joignez le talon de paiement non signé. Adressez l'ensemble à l'adresse indiquée au recto dans une enveloppe dûment affranchie. Utiliser l'enveloppe à fenêtre si elle est fournie.

Ne pas plier. N'utiliser ni adhésif, ni trombone, ni agrafe.

Ne joignez aucun autre document à votre règlement.

- 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 établi à l'ordre du Trésor Public aux références bancaires figurant au recto.

- 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-de-proximite).

EXPÉDITEUR	TRESORERIE HOSPITALIERE CREIL 1-2 square Hélène Boucher
DESTINATAIRE	60319 CREIL CEDEX 21
	MMC 6 RUE PAUL MOREL BP 80283 70006 VESOUL CEDEX FRANCE

Le paiement en numéraire est plafonné à 300 € depuis le 1er janvier 2014 (art. 19 de la loi 2013-1279 du 29 déc. 2013).

RENSEIGNEMENTS TRESOR PUBLIC

Si vous avez des difficultés pour payer des sommes dues, présentez-vous chez le Receveur de l'établissement Hospitalier en vous munissant du présent avis et des justificatifs de vos revenus, ou écrivez en rappelant les références suivantes : Exercice et Numéro de Titre.

AFFRANCHIR TOUTE CORRESPONDANCE AVEC LA TRESORERIE OU L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER

RENSEIGNEMENTS ETABLISSEMENT HOSPITALIER

Si vous souhaitez des renseignements sur le décompte ou la mise à votre charge des sommes dues, adressez-vous à l'établissement hospitalier (Bureau des Entrées de l'Etablissement désigné au recto du présent avis).

Article L 6145-9 du code de la santé publique et article L 1617-5 du code général des collectivités territoriales.

Voies de recours :

Dans un délai de deux mois suivant la réception du présent avis, vous pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant le tribunal administratif compétent.

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. Ordonnateur : MADAME LA DIRECTRICE

CENTRE HOSPITALIER COMPIEGNE N Établissement N°Siren 200034650		COMPIEGNE CEDEX Ville		600100721 Matricule		N° de titre	H 23 - 0132214 063000
P A T I E N T ADRESSE Obsr.	N° Entrée 223077061 Etab.CENTRE HOSPITALIER COMPIEGNE 600000285 Nom usuel BOUDOUX/CHRISTIAN Né(e) le 30/04/1943 N°Siret 20003465000081 Nom Naïs BOUDOUX A NOYON ENTRE (E) 30/05/2023 10 H 50 SORTI (E) 30/05/2023 16 H 50				Emis et rendu exécutoire le	22/06/23	
					Bordereau	0000245	
					N° Feuillet	1	
					Exercice	2023	
					RDT		
498 RUE DES DEPORTES 60400 SALENCEY				Assuré	Nom BOUDOUX/CHRISTIAN Ben. 01 N° 1430460471010 92 Org. 01601999		
Consultation externe - Patient : BOUDOUX/CHRISTIAN - Facturation du 30/05/2023 au 30/05/2023				RISQUE : 18 CG : 11 N° mutualiste H009390 Parcours de soin Orienté par méd. trait.			
DÉSIGNATION		Tx TVA.	NBRE	TARIF	BASE REMBOURSEMENT	TAUX	A VOTRE CHARGE
300523 AUTRES PRESTATIONS 300523 1 CS 300523 1 MPC 300523 1 MCS TOTAL AUTRES PRESTATIONS			1 1 1	23,00 2,00 5,00	23,00 2,00 5,00	30 30 30	6,90 0,60 1,50 9,00
						TTC	9,00

SERVICE COURRIER I.E

17 JUIL. 2023

INFORMATIONS

SERVICE FACTURATION 03 44 23 60 17

DE 8H30 A 16H DU LUNDI AU VENDREDI

TVA intracommunautaire FR 612 660 070 61

Quittances à déduire

A PAYER

9,00 €

Renseignements Trésor public

Banque TPBEAUVAS
IBAN FR7610071600000000200477102 BIC TRPUFRP1XXX
Adresse TRESORERIE HOSPITALIERE CREIL
1-2 square Hélène Boucher
60319 CREIL CEDEX 21

Heures d'ouverture :
LUN,MAR,JEU,VEN DE 8H45 A 12H15
Téléphone : 03 44 61 41 60

POUR VOTRE REMBOURSEMENT : AVIS A CONSERVER ET A JOINDRE A L'ATTESTATION QUI VOUS SERA ADRESSEE APRES PAIEMENT

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

TALON DE PAIEMENT

MMC
6 RUE PAUL MOREL
BP 80283
70006 VESOUL CEDEX

A060xx
CENTRE HOSPITALIER COMPIEGNE N *

IDENTIFICATION

PC: 060044

CH: 63

ET: 50

Ex : 2023

Dossier 223077061

Titre : 23 0132214
063000

Mt : 9,00 € Montant en euros: 9,00

à joindre à votre chèque

Références : Hélios - N° Codique 060044
Etab. 50 Exer. 2023

TRESORERIE HOSPITALIERE CREIL
1-2 square Hélène Boucher



60319 CREIL CEDEX 21

Ne rien inscrire sous ce trait - Ne pas plier

000000163231

950033000169 46100001322140000010600445969806

900



RENSEIGNEMENTS PAIEMENT

Cette facture est payable à réception.

- Par chèque bancaire, en Euros, à l'ordre du Trésor Public. Joignez le talon de paiement non signé. Adressez l'ensemble à l'adresse indiquée au recto dans une enveloppe dûment affranchie. Utiliser l'enveloppe à fenêtre si elle est fournie.

Ne pas plier. N'utiliser ni adhésif, ni trombone, ni agrafe.

Ne joignez aucun autre document à votre règlement.

- 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 établi à l'ordre du Trésor Public aux références bancaires figurant au recto.

- 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-de-proximite).

EXPEDITEUR	TRESORERIE HOSPITALIERE CREIL 1-2 square Hélène Boucher
DESTINATAIRE	60319 CREIL CEDEX 21
	MMC 6 RUE PAUL MOREL BP 80283 70006 VESOUL CEDEX FRANCE

Le paiement en numéraire est plafonné à 300 € depuis le 1er janvier 2014 (art. 19 de la loi 2013-1279 du 29 déc. 2013).

RENSEIGNEMENTS TRESOR PUBLIC

Si vous avez des difficultés pour payer des sommes dues, présentez-vous chez le Receveur de l'établissement Hospitalier en vous munissant du présent avis et des justificatifs de vos revenus, ou écrivez en rappelant les références suivantes : Exercice et Numéro de Titre.

AFFRANCHIR TOUTE CORRESPONDANCE AVEC LA TRESORERIE OU L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER

RENSEIGNEMENTS ETABLISSEMENT HOSPITALIER

Si vous souhaitez des renseignements sur le décompte ou la mise à votre charge des sommes dues, adressez-vous à l'établissement hospitalier (Bureau des Entrées de l'Etablissement désigné au recto du présent avis). Article L 6145-9 du code de la santé publique et article L 1617-5 du code général des collectivités territoriales.

Voies de recours :

Dans un délai de deux mois suivant la réception du présent avis, vous pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant le tribunal administratif compétent.