

## **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 PASCAL MATHIS DIRECTEUR DE L'HNFC**

HOPITAL	CH : L' HOPITAL NORD FRANCHE - CO ETBLT : HNFC - SITE DE TREVENANS SIRET : 26900129300209	MATRICULE : 900000365 MATRICULE : 900003039 N° IDENTIFIANT TVA : FR72269001293	N° de Titre 0172605 Emis et rendu 05 / 07 / 23 exécutoire le N° Bordereau 676 N° Feuillet 1 Exercice 2023  FDT
	RENSEIGNEMENTS : RENSEIGNEMENTS: Pour toute information sur votre facturation: SOINS EXTERNES: 8h A 16h - 03 84 98 27 85 HOSPIT.: DE 8h A 16h - 03 84 98 27 81		
PATIENT	N° ENTRÉE : 6 083 98571 PFS : T2 Nom : MALCUIT TATIANA Né(e) : MALCUIT le : 09/08/1996 à : BELFORT Adresse : 75 T RUE ROGER SALENGRO  70200 LURE ENTREE : 19/04/23 SORTIE : 19/04/23 Nom : MALCUIT TATIANA PIECE : 05 BEN : 01 ORG. : 01701000 N° : 296089001030252	<b>SERVICE COURRIER</b> 17 JUIL. 2023	
ASSURANCE	MMC MUT MEDICO CHIR VESOUL 6 RUE PAUL MOREL BP 80 283 70006 VESOUL		

SERVICE COURRIER

117 JUIL. 2023

MMC MUT MEDICO CHIR VESOUL  
6 RUE PAUL MOREL  
BP 80 283  
70006 VESOUL

RISQ29 MT07

CONSULTATION DU 19/04/23 AU 19/04/23				Réf. Débiteur : N143248		PEC :			
DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITE		TAUX	A VOTRE CHARGE	TVA	
190423	FORFAIT ATU CCAM ECHOGRAPHIE PARCOURS DE SOINS: U	ATU ADE 1	28 63 52 45	0 00 0 00		20 20	5 73 10 49	DMT : 164 DMT : 164	
<b>PARTIE A CONSERVER</b>									
TOTAL TVA									
CDFP Belfort Ets HOSPITALIERS 1 PLACE DE LA REVOLUTION FRANCAIS B.P. 20099 90002 BELFORT CEDEX Heures d'ouverture de la trésorerie:								TOTAL HT	
				RIB : 3000100189D9020000000 83 IBAN : FR553000100189D902000000083 BIC : BDFFRPPCCT					

## PARTIE A CONSERVÉE

### TOTAL TVA

**PAIEMENT** CDFP Belfort Ets HOSPITALIERS  
1 PLACE DE LA REVOLUTION FRANCAIS  
B.P. 20099 RIB :  
90002 BELFORT CEDEX IBAN :  
Heures d'ouverture de la trésorerie: BIC :  
08H30-12H/13H30-16H LUNDI, MARDI, JEUDI, VENDREDI  
FERME LE MERCREDI

RIB : 3000100189D9020000000 83  
IBAN : FR533000100189D902000000083  
BIC : BDFEFRPPCCT  
REDI Téléphone : 0384588000

TOTAL HI

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

## TALON DE PAIEMENT

à joindre à votre chèque

MMC MUT MEDICO CHIR VESOUL  
6 RUE PAUL MOREL

A09002  
L'HOPITAL NORD FRANC

\*

€

Paiement par Internet :  
Non disponible  
Id. Collectivité :  
**Références de la dette : 2023 0172605**  
Montant en Euros: 16.22  
N° entrée : 608398571  
étab : 19 HTR - n° codique : 090012

CDFP Belfort Ets HOSPITALIERS  
1 PLACE DE LA REVOLUTION FRANCAIS  
B.P. 20099  
90002 BELFORT CEDEX

<b>IDENTIFICATION</b>	Références de la dette : 2023 0172605
090012	Montant en Euros: 16.22
N° entrée :	N° entrée : 608398571
608398571	
N° titre :	étab : 19 HTR - n° codique : 090012
0172605	Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier
C.H.:14 ET:19	
Exercice : 2023	000000014237
Montant : Eur	
16.22	920033000142 26

## **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.**

Vous pouvez aussi payer :

- aux guichets de la trésorerie (adresse et horaires au recto), muni du présent avis.: en numéraire (pour les sommes inférieures à 300 Euros) ou en carte bancaire
- par virement bancaire ou postal établi à l'ordre du Trésor public en indiquant les références bancaires figurant au recto dans le cadre PAIEMENT, et en rappelant obligatoirement dans la zone correspondante les références du titres portées en haut à droite du présent avis.
- En ligne par Internet si l'adresse du site est renseignée sur le talon de paiement 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

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 PASCAL MATHIS DIRECTEUR DE L'HNFC

HOPITAL	CH : L'HOPITAL NORD FRANCHE-CO ETBLT : HNFC - SITE DE TREVENANS SIRET : 26900129300209	MATRICULE : 900000365 MATRICULE : 900003039 N° IDENTIFIANT TVA : FR72269001293	N° de Titre : 0174650 Émis et rendu exécutoire le : 06/07/23 N° Bordereau : 688 N° Feuillet : 1 Exercice : 2023 RDT					
PATIENT	RENSEIGNEMENTS : Pour toute information sur votre facturation: SOINS EXTERNES: 8h A 16h - 03 84 98 27 85 HOSPIT.: DE 8h A 16h - 03 84 98 27 81	SERVICE COURRIER LE 17 JUIL. 2023						
ASSURE	N° ENTRÉE : 608402734 Nom : BOURDIN ANAIS Né(e) : BOURDIN le : 02/03/2014 à : BELFORT Adresse : 01 RUE DOLFUS  90300 VALDOIE ENTREE : 21/04/23 SORTIE : 21/04/23	MMC MUT MEDICO CHIR VESOUL 6 RUE PAUL MOREL BP 80 283 70006 VESOUL						
OBS.	CONSULTATION DU 21/04/23 AU 21/04/23 Réf. Débiteur : 70M00854 PEC :							
DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITE	TAUX	A VOTRE CHARGE	TVA	
210423	CONSULT. DE SPECIALIST CS MAJORIZATION CS	1 1	23 00 2 00	0 00 0 00	30 30	6 90 0 60	DMT : 153 DMT : 153	
MED. : HRITCU ILONA <b>PARTIE A CONSERVER</b>								
								<b>TOTAL TVA</b>
PAIEMENT	CDFP Belfort Ets HOSPITALIERS 1 PLACE DE LA REVOLUTION FRANCAIS B.P. 20099 90002 BELFORT CEDEX Heures d'ouverture de la trésorerie: 08H30-12H/13H30-16H LUNDI,MARDI,JEUDI,VENDREDI FERME LE MERCRIDI	RIB : 3000100189D9020000000 83 IBAN : FR553000100189D902000000083 BIC : BDFFFRPPCCT Téléphone : 0384588000						<b>TOTAL HT</b>
								7,50 .   A PAYER

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

## TALON DE PAIEMENT

à joindre à votre chèque

MMC MUT MEDICO CHIR VESOUL  
6 RUE PAUL MOREL  
70006 VESOUL

A09002  
L'HOPITAL NORD FRANC

\*

€

Paiement par Internet :  
Non disponible  
Id. Collectivité :

## IDENTIFICATION

090012

N° entrée : 608402734

N° titre : 0174650

C.H. : 14 ET : 19

Exercice : 2023

Montant : Eur

Références de la dette : 2023 0174650

Montant en Euros : 7,50

N° entrée : 608402734

étab : 19 HTR - n° codique : 090012

Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier

CDFP Belfort Ets HOSPITALIERS  
1 PLACE DE LA REVOLUTION FRANCAIS  
B.P. 20099  
90002 BELFORT CEDEX

000000014237

920033000142 07001746506084027340900122973806

7,50

750

## **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.**

Vous pouvez aussi payer :

- aux guichets de la trésorerie (adresse et horaires au recto), muni du présent avis.: en numéraire (pour les sommes inférieures à 300 Euros) ou en carte bancaire
- par virement bancaire ou postal établi à l'ordre du Trésor public en indiquant les références bancaires figurant au recto dans le cadre PAIEMENT, et en rappelant obligatoirement dans la zone correspondante les références du titres portées en haut à droite du présent avis.
- En ligne par Internet si l'adresse du site est renseignée sur le talon de paiement 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.

**De:** "Caroline Clement" <tpdrancy@gmail.com>  
**Date:** samedi 15 juillet 2023 17:39  
**A:** "Service Optique MMC" <serviceoptique@mutuelle-mmc.com>  
**Objet:** Demande de règlement FERRI Elena

Bonjour,

Ci-joint les documents nécessaires pour le règlement du dossier optique de FERRI Elena.

Cordialement,

Caroline, opticienne  
OPTIC 2000 Lachaux  
Finess: 932641475  
117, Avenue Henri BARBUSSE  
93700 DRANCY  
Tél: 01 48 32 25 08



**MMC**  
6 rue Paul MOREL  
BP 80283  
70006 VESOUL CEDEX

**DEVIS DE REMBOURSEMENT OPTIQUE N° 1023005895**  
Valable du 03/07/2023 au 02/08/2023

**Optique LACHAUX SAS**

**117 AV Henri Barbusse  
93700 DRANCY**

**CONTACT**

Ligne Directe : 03.84.75.98.41  
Fax : 03.84.97.12.36  
E-mail : serviceoptique@mutuelle-mmc.com

Madame, Monsieur,

Vesoul, le 3 juillet 2023

En réponse à votre demande, nous vous indiquons ci-dessous nos remboursements en fonction de vos indications concernant le bénéficiaire cité ci-dessous :

Bénéficiaire : **FERRI ELENA** Né(e) le :**01/12/1930**  
N° Dossier : **N037102**    N° S.S. : **2301299027288 89**  
Code Tiers National : **932641475**

Ce devis est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Base Régime Obligatoire	Remboursement Régime Obligatoire	Remboursement Mutuelle
PartMut Ver D Fort.Cor CR 1	354.00	0.05	0.05	200.00
PartMut Ver G Fort.Cor CR 1	354.00	0.05	0.05	
<b>TOTAUX</b>			<b>0.10</b>	<b>200.00</b>

Notre règlement ne pourra pas excéder le montant des frais réels, et se fait uniquement par virement bancaire ou postal (**Joindre un RIB pour un tout premier paiement**).

Notre prise en charge sera plafonnée aux frais réellement engagés, après déduction du remboursement du régime obligatoire (pour les éléments remboursables uniquement) et des éventuels autres régimes complémentaires intervenant.

Sous réserve de la radiation du contrat, du paiement des cotisations et/ou de tout changement de la règlementation ou de produit et d'une facturation strictement identique au devis.

**L'assuré demande la dispense d'avance de frais et le paiement direct à l'opticien pour la part remboursée par la mutuelle.**

Bon pour accord

Date              Signature de l'assuré

10/07/2023

*Ereni*

Bon pour accord -

SERVICE PRESTATIONS

Optic 2000 Lachaux  
117 avenue Henri BARBUSSE  
93700 DRANCY

Tél : 01 48 32 25 08  
Fax : 01 41 60 06 92  
optic2000lachaux@gmail.com

**Mme. FERRI ELENA**

38 RUE CHEVALIER DE LA BARRE  
93700 DRANCY  
Tél : +33614024209  
Né(e) le : 01/12/1930  
N° SS : 2 30 12 99 027 288 89  
Caisse : CPAM BOBIGNY

Assuré : MME. FERRI ELENA  
N° facture : F100026087  
Presc Opt : Éts CENTRE  
N° Adeli : 930030978  
Ordonnance : 21/06/2023

Mutuelle : MMC  
Gest. C. :  
N° adhérent :  
N° accord :

**Facture N°F100026087 du 07/07/2023 - Établie par Nelson A**

Réf	Désignation	Qté	Taux TVA	Brut TTC	Rem.	Net TTC	Rbst SS	Compl.
--- n°D100027847---								
00173158	- - Montage sur monture client	1	20,00 %	35,00	100%	0,00	0,00	0,00
--- 1e paire - V(L+P) ---								
632110	<b>ESSILOR - Vx Liberty 3 Ormix EPS Cz Sapph HR - 65/70</b> <i>(œil Droit : -1.75 (+4.00) 10° Add. +3.00 - Ecarts : VL 32 inclus : Précal + EPS + Cz Sapph HR</i> TIPS : 0.05 € CODE LPP GEN : 2203948 CODE RGPT : VM2	1	20,00 %	354,00		354,00	0,05	100,00
632110	<b>ESSILOR - Vx Liberty 3 Ormix EPS Cz Sapph HR - 65/70</b> <i>(œil Gauche : -2.25 (+3.50) 175° Add. +3.00 - Ecarts : VL 32.5 inclus : Précal + EPS + Cz Sapph HR</i> TIPS : 0.05 € CODE LPP GEN : 2230750 CODE RGPT : VM2	1	20,00 %	354,00		354,00	0,05	100,00
Assurance résultat PAVP	<b>- - Assurance résultat Premium Adultes Verres Progressifs</b>  Dont Eco Taxe : 0,00 € Sous-Total 1e paire	1	20,00 %	59,00		59,00	0,00	0,00
TVA 20.00 : 127,83 €								
<b>Total</b> 767,00 0,10 200,00								

Part RO - CPAM BOBIGNY (€) : 0,10  
Part RC - MMC (€) : 200,00

Total HT (€) : 639,17  
Total TTC (€) : 767,00

Prise en charge Tiers-Payant (€) : 200,10  
Reste à charge (€) : 566,90  
Net à payer (€) : 566,90

**Cachet ou signature attestant le paiement du client**

**Réerves éventuelles de l'opticien**

LACHAUX SAS  
117 avenue Henri BARBUSSE  
93700 DRANCY  
N° SIRET : 58208305100026  
N° RCS : B 582 083 051  
N° FINESS : 932641475  
CODE NAF : 4778A  
N° TVA : FR 582 083 051  
Capital social : 92000

Garantie / SAV / Entretien / Travaux : le client reconnaît avoir reçu les conditions désignées assurance résultat. Le client reconnaît avoir reçu la marchandise faisant l'objet de cette facturation et déclare qu'elle lui convient parfaitement. Le client autorise la mutuelle mentionnée à régler la part qui lui incombe ainsi que celle de la sécurité sociale dans le cadre d'un tiers payant. Les montants de remboursement sont estimatifs et sont soumis à l'acceptation de la prise en charge par votre mutuelle / assurance.



QUALITÉ EN OPTIQUE REF. 230

AFNOR CERTIFICATION

www.afnor.org

**Docteur JALILI Faisal**  
**OPHTHALMOLOGISTE**

Maladies et Chirurgie des Yeux et des Paupières  
DMLA - Diabète - Glaucome - Ophtalmologie  
Pédiatrique - Chirurgie de la Cataracte et des  
Paupières  
Laser - Champ visuel - OCT - IVT

RENDEZ-VOUS SUR [www.doctolib.fr](http://www.doctolib.fr)

Finess 930030978

70 avenue Jean-Jaurès - 93700 Drancy

Tél : 01 41 50 84 44  
ophtalmologie.4routes.direction@gmail.com

le mercredi 21 juin 2023

**Madame Elena FERRI**

- Une Monture :

- Verres PROGRESSIFS :

OEIL DROIT : +2,25 (-4,00 à 100°) Add 3,00

OEIL GAUCHE : +1,25 (-3,50 à 85°) Add 3,00

Centre Ophtalmologique des 4 Routes  
70 Avenue Jean Jaurès  
93700 DRANCY  
Tél. : 01 41 50 84 44  
Siret : 889 889 678 00010 - APE : 8621Z  
N° FINESS : 930030978

**C C Crédit Industriel et Commercial**

## RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Banque 30066	Guichet 10953	N° compte 00010213901	Clé 06	Devise EUR
-----------------	------------------	--------------------------	-----------	---------------

Domiciliation  
CIC DRANCY

Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account Number)				
FR76	3006	6109	5300	0102 1390 106

BIC (Bank Identifier Code)  
CMCIFRPP

Domiciliation  
CIC DRANCY  
115 AVENUE HENRI BARBUSSE  
93700 DRANCY

**Titulaire du compte (Account Owner)**  
OPTIC LACHAUX  
117 AVENUE HENRI BARBUSSE  
93700 DRANCY

◆ 01 43 62 18 48

Remettez ce relevé à tout organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous évitez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.

PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVE

**C C Crédit Industriel et Commercial**

## RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Banque 30066	Guichet 10953	N° compte 00010213901	Clé 06	Devise EUR
-----------------	------------------	--------------------------	-----------	---------------

Domiciliation  
CIC DRANCY

Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account Number)				
FR76	3006	6109	5300	0102 1390 106

BIC (Bank Identifier Code)  
CMCIFRPP

Domiciliation  
CIC DRANCY  
115 AVENUE HENRI BARBUSSE  
93700 DRANCY

**Titulaire du compte (Account Owner)**  
OPTIC LACHAUX  
117 AVENUE HENRI BARBUSSE  
93700 DRANCY

◆ 01 43 62 18 48

Remettez ce relevé à tout organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous évitez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.

PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVE

**C C Crédit Industriel et Commercial**

## RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Banque 30066	Guichet 10953	N° compte 00010213901	Clé 06	Devise EUR
-----------------	------------------	--------------------------	-----------	---------------

Domiciliation  
CIC DRANCY

Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account Number)				
FR76	3006	6109	5300	0102 1390 106

BIC (Bank Identifier Code)  
CMCIFRPP

Domiciliation  
CIC DRANCY  
115 AVENUE HENRI BARBUSSE  
93700 DRANCY

**Titulaire du compte (Account Owner)**  
OPTIC LACHAUX  
117 AVENUE HENRI BARBUSSE  
93700 DRANCY

◆ 01 43 62 18 48

Remettez ce relevé à tout organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous évitez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.

PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVE

# 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 PASCAL MATHIS DIRECTEUR DE L'HNFC

HOPITAL

CH : L'HOPITAL NORD FRANCHE-CO  
ETBLT : HNFC - SITE DE TREVENANS  
SIRET : 26900129300209

MATRICULE : 900000365  
MATRICULE : 900003039  
N° IDENTIFIANT TVA : FR72269001293

N° de Titre	0174651
Emis et rendu exécutoire le	06/07/23
N° Bordereau	688
N° Feuillet	1
Exercice	2023
RDT	

PATIENT

RENSEIGNEMENTS :  
RENSEIGNEMENTS :  
Pour toute information sur votre facturation:  
SOINS EXTERNES: 8h A 16h - 03 84 98 27 85  
HOSPIT.: DE 8h A 16h - 03 84 98 27 81

N° ENTRÉE : 608403096 PFS : T3  
Nom : PEUGEOT PASCAL  
Né(e) : PEUGEOT  
le : 08/06/1949 à : PLANCHER LES  
Adresse : 9 RUE DU BOIS BRULE  
25270 ARC SOUS MONTENOT  
ENTREE : 21/04/23 SORTIE : 21/04/23

ASSURE

Nom : PEUGEOT PASCAL  
PIECE : BEN : 01  
ORG. : 01251000 N° : 149067041401108

OBS.

RISQ18 MT07

CONSULTATION DU 21/04/23 AU 21/04/23 Réf. Débiteur : N139547

PEC :

DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITE	TAUX	A VOTRE CHARGE	TVA
210423	AVIS PONCT SPECIALIST APC PARCOURS DE SOINS: O MED. : ROUSSEL PIERRE PAUL	1	55,00	0,00	30	16,50	DMT : 181

PARTIE A  
CONSERVER

PAIEMENT

CDFP Belfort Ets HOSPITALIERS  
1 PLACE DE LA REVOLUTION FRANCAIS  
B.P. 20099  
90002 BELFORT CEDEX  
Heures d'ouverture de la trésorerie:  
08H30-12H/13H30-16H LUNDI,MARDI,JEUDI,VENDREDI  
FERME LE MERCREDI

RIB : 3000100189D9020000000 83  
IBAN : FR553000100189D902000000083  
BIC : BDFEFRPPCCT  
Téléphone : 0384588000

TOTAL TVA

TOTAL HT

16,50 A PAYER

REDOFAISES.JP

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

## TALON DE PAIEMENT

à joindre à votre chèque

MMC MUT MEDICO CHIR VESOUL  
6 RUE PAUL MOREL  
70006 VESOUL

A09002  
L'HOPITAL NORD FRANC

\*

## IDENTIFICATION

090012

N° entrée : 608403096

N° titre : 0174651

C.H. : 14 ET : 19

Exercice : 2023

Montant : Eur

16,50

Références de la dette : 2023 0174651

Montant en Euros: 16,50

N° entrée : 608403096

étab : 19 HTR - n° codique : 090012

Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier

CDFP Belfort Ets HOSPITALIERS  
1 PLACE DE LA REVOLUTION FRANCAIS  
B.P. 20099  
90002 BELFORT CEDEX

000000014237

920033000142 38001746516084030960900122974806

1650