

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 | MATRICULE : 900000365 | N° de Titre : 0172604 | | | | | |
|---|--|------------------------------------|--|---|----------|----------------|------------------------|-----------|
| | ETBLT : HNFC - SITE DE TREVENANS | MATRICULE : 900003039 | Emis et rendu exécutoire le : 05/07/23 | | | | | |
| | SIRET : 26900129300209 | N° IDENTIFIANT TVA : FR72269001293 | N° Bordereau : 676 | | | | | |
| 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 : 608398277 | PFS : 01 | RDT | | | | | |
| | Nom : BOURQUIN ILEANA | | | | | | | |
| | Né(e) : CLERICI | | | | | | | |
| le : 18/06/1954 à : FONRI DI SOP | | | | | | | | |
| Adresse : 1 IMPASSE LUCIEN SCHALLER | | | | | | | | |
| 90600 GRANDVILLARS | | | | | | | | |
| ENTREE : 19/04/23 SORTIE : 19/04/23 | | | | | | | | |
| ASSURE | Nom : BOURQUIN ILEANA | | | | | | | |
| | PIECE : BEN : 01 | | | | | | | |
| | ORG. : 01901000 N° : 254069912771447 | | | | | | | |
| OBS. | MMC MUT MEDICO CHIR VESOUL 6 RUE PAUL MOREL BP 80 283 70006 VESOUL | | | | | | | |
| | RISQ10 MT09 | | | | | | | |
| | CONSULTATION DU 19/04/23 AU 19/04/23 Réf. Débiteur : N128858 PEC : | | | | | | | |
| DATE | DESIGNATION | NOMBRE | TARIF | TARIF DE RESPONSABILITE | TAUX | A VOTRE CHARGE | TVA | |
| 190423 | CCAM IMAGERIE ADI CCAM IMAGERIE ADI PARCOURS DE SOINS: O MED. : VILLAUMIE MICHEL | 1 1 | 69,00 0,75 | 0,00 0,00 | 30 30 | 20,70 0,22 | DMT : 753 DMT : 753 | |
| PARTIE A CONSERVER | | | | | | | | |
| | | | | | | | | TOTAL TVA |
| 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 | | | TOTAL HT | |
| | | | | | | | 20,92 | |
| | | | | | | | A PAYER | |

| | | | | |
|---|---|---|---|------------------------------|
| Pour les modalités de paiement se reporter au verso du présent avis | TALON DE PAIEMENT | | MMC MUT MEDICO CHIR VESOUL. 6 RUE PAUL MOREL | A09002 L'HOPITAL NORD FRANC* |
| | à joindre à votre chèque | | 70006 VESOUL | |
| | Paiement par Internet : Non disponible Id. Collectivité : | | | |
| IDENTIFICATION | | Références de la dette : 2023 0172604 Montant en Euros: 20,92 N° entrée : 608398277 étab : 19 HTR - n° codique : 090012 0172604 Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier C.H. : 14 ET : 19 Exercice : 2023 000000014237 Montant : Eur 20,92 | | |
| | | CDFP Belfort Ets HOSPITALIERS 1 PLACE DE LA REVOLUTION FRANCAIS B.P. 20099 90002 BELFORT CEDEX | | |

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 : 0174652 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 | SERVICE COURRIER LE 17 JUIL. 2023 | | | | | | |
| ASSURE | N° ENTRÉE : 608403304 PFS : T4 Nom : BOURQUIN NOEL Né(e) : BOURQUIN le : 22/12/1948 à : BEAUCOURT Adresse : 1 IMPASSE LUCIEN SCHALLER 90600 GRANDVILLARS ENTREE : 21/04/23 SORTIE : 22/04/23 | MMC MUT MEDICO CHIR VESOUL 6 RUE PAUL MOREL BP 80 283 70006 VESOUL | | | | | | |
| OBS. | PRISE EN CHARGE LIMITÉE AU 31/12/23 CONSULTATION DU 21/04/23 AU 22/04/23 Réf. Débiteur : N128858 | RISQ18 MT07 PEC : | | | | | | |
| DATE | DESIGNATION | NOMBRE | TARIF | TARIF DE RESPONSABILITE | TAUX | A VOTRE CHARGE | TVA | |
| 210423 | FORF. PATIENT URGENCE FPV | 1 | 8.49 | 0.00 | 100 | 8.49 | DMT : 308 | |
| PARTIE A CONSERVER | | | | | | | | |
| | | | | | | | | TOTAL TVA |
| 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 : 3000100189D902000000 83 IBAN : FR553000100189D902000000083 BIC : BDFEFRPPCCT Téléphone : 0384588000 | | | | | | TOTAL HT |
| | | | | | | | | 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 | Références de la dette : 2023 0174652 | | CDFP Belfort Ets HOSPITALIERS 1 PLACE DE LA REVOLUTION FRANCAIS B.P. 20099 90002 BELFORT CEDEX | | |
| 090012 | Montant en Euros: | 8.49 | | | |
| N° entrée : 608403304 | N° entrée : 608403304 | | | | |
| N° titre : 0174652 | étab : 19 HTR - n° codique : 090012 | Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier | | | |
| C.H. : 14 ET : 19 | 000000014237 | | | | |
| Exercice : 2023 | | | | | |
| Montant : Eur 8.49 | | | | | |

92003300142 81001746526084033040900122983806

849

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 | MATRICULE : 900000365 | N° de Titre | 0174653 |
|---|--|--|--------------------------------------|---|
| | ETBLT : HNFC - SITE DE TREVENANS | MATRICULE : 900003039 | Emis et rendu exécutoire le | 06/07/23 |
| | SIRET : 26900129300209 | N° IDENTIFIANT TVA : FR72269001293 | N° Bordereau | 688 |
| RENSEIGNEMENTS : RENSEIGNEMENTS: Pour toute information sur votre facturation: SOINS EXTERNS: 8h A 16h - 03 84 98 27 85 HOSPIT.: DE 8h A 16h - 03 84 98 27 81 | | | | |
| PATIENT | N° ENTRÉE : 608403523 | PFS : T2 | SERVICE COURRIER LE 17 JUIL. 2023 | |
| | Nom : JEANPIERRE PATRICIA | | RDT | |
| | Né(e) : JEANPIERRE | | | |
| le : 17/11/1966 à : LURE | | | | |
| Adresse : 48 TER RUE DE TURENNE | | | | |
| | 90300 VALDOIE | | | |
| | ENTREE : 22/04/23 SORTIE : 22/04/23 | | | |
| ASSURE | Nom : CENCI PATRICE | | MMC MUT MEDICO CHIR VESOUL | |
| | PIECE : | BEN : 02 | 6 RUE PAUL MOREL | |
| | ORG. : | N° : 161067033904881 | BP 80 283 | |
| OBS. | 70006 VESOUL | | | |
| | RISQ10 MT07 | | | |
| | CONSULTATION DU 22/04/23 AU 22/04/23 Réf. Débiteur : U050250 PEC : | | | |
| DATE | DESIGNATION | NOMBRE | TARIF | TARIF DE RESPONSABILITE TAUX A VOTRE CHARGE T.V.A |
| 220423 | FORFAIT ATU ATU CCAM ECHOGRAPHIE ADE PARCOURS DE SOINS: U | 1 1 | 28 63 92 45 | 0 00 20 5 73 0 00 20 18 49 |
| | PARTIE A CONSERVER | | | |
| | | | | TOTAL TVA |
| 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 : BDFFRPPCCT Téléphone : 0384588000 | | TOTAL HT |
| | | | 24 22 | A PAYER |
| | | | | |

| | | | | |
|---------------------|---|---|--|---------------------------------|
| IDENTIFICATION | 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* |
| | 090012 | Paiement par Internet : Non disponible | | |
| | N° entrée : 608403523 | Id. Collectivité : Références de la dette : 2023 0174653 | | |
| N° titre : 0174653 | Montant en Euros : 24 . 22 | | | |
| C.H. : 14 ET : 19 | N° entrée : 608403523 | CDFP Belfort Ets HOSPITALIERS 1 PLACE DE LA REVOLUTION FRANCAIS B.P. 20099 90002 BELFORT CEDEX | | |
| Exercice : 2023 | étab : 19 HTR - n° codique : 090012 | | | |
| Montant : Eur 24.22 | Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier | | | |
| | 000000014237 | 920033000142 32001746536084035230900122968806 | 2422 | |

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 À PAYER

Titre exécutoire en application des articles L 262A du LPF et L 1617-5, R 2342-4 et D 5942-11 du CGCT et L 6145-6 du code de la santé

HÔPITAL

CENTRE HOSPITALIER ARLES
CENTRE HOSPITALIER ARLES
QUARTIER FOURCHON BP 80195

par Mme BRETON SYLVIA, DIRECTRICE GENERALE

Finess 130789274 N° Siret 26130022200013

CR 37

Finess 130002827

TEL 04 90 49 29 29 LUNDI AU VENDREDI DE 09H A 16H

BÉNÉFICIAIRE

13637 ARLES CEDEX
Nom AUBERGIER
Nom J.F. GIACOMELLI
Prénom JOCELYNE
Né(e) le 11/01/1948
Adresse camping la bienheureuse

POSTE 2634 - mail : admissions@ch-arles.fr

EXP:

TRESORERIE C.H. ARLES
3 avenue Victor Hugo
CS40038
13637 ARLES CEDEX

| | |
|-----------------------------|------------|
| N° de TITRE | 1093179 |
| Émis et rendu exécutoire le | 10/07/2023 |
| N° Bordereau | 1000565 |
| N° Feuillet | |
| Exercice | 2023 |
| RDT | |

ASSURÉ

13280 RAPHELE LES ARLES
N° IEP 723762203/055 N° IPP 002179913
Risq. 10
ENTREE: 19/06/2023

DESTINATAIRE

MMC PRAECONIS
6 RUE PAUL MOREL
BP 80283
70006 VESOUL

OBS.

Prestations

Orienté médecin traitant (MTO)

| DATE | DÉSIGNATION | NOMBRE | TARIF | TARIF DE RESPONSABILITÉ | TAUX | À VOTRE CHARGE | € |
|--------|------------------------------------|--------|-------|-------------------------|------|----------------|------------------|
| 190623 | CONSULTATION SPECIALISTE CS | 1,00 | 23,00 | | 30 | | 6,90 07-164 5160 |
| 190623 | MAJORATION DE COORDINATION MCS | 1,00 | 5,00 | | 30 | | 1,50 07-164 5160 |
| 190623 | MAJORATION FORFAITAIRE TRANSIT MPC | 1,00 | 1,00 | | 30 | | 0,60 07-164 5160 |

SERVICE COMPLIÉTÉ
17 JUIL. 2023

RENSEIGNEMENTS TRÉSOR PUBLIC

OUVERT LUNDI AU VENDREDI 8H30-12H00 t013203@dgfip.finances.gouv.fr

Quittance

9,00

€

Téléphone 0490188089 BDF BDF ARLES C1350000 RIB 3000100147C135000000069
IBAN FR793000100147C135000000069 BIC BDFEFRPPCCT

Acompte

9,00

€ À PAYER

identifiant de la collectivité 010812

VOTRE ATTESTATION SERA ADRESSEE APRES PAIEMENT

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

TALON DE PAIEMENT

MMC PRAECONIS
6 RUE PAUL MOREL
BP 80283
70006 VESOUL

1A1013
CENTRE HOSPITALIER ARLES *

€

Débiteur: 314122 Références: HTR - n° codique 13203

Étab. 055 exercice 2023

PC. 13203

n° entrée 723762203

* E * CH. 068 055

n° titre 231093179068000

EXC. 2023

Montant 9,00 euros

TRESORERIE C.H. ARLES

3 avenue Victor Hugo

DOS. 723762203

CS40038

TIT. 1093179

13637 ARLES CEDEX

montant en euros

Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier

Montant: 9,00 €

000000768231

950033000169 0710001093179000010132035969806

900

RENSEIGNEMENTS PAIEMENTS : Cette facture est payable à réception

Votre paiement peut être effectué

Par internet : au moyen d'une carte bancaire ou prélèvement unique, en vous connectant à l'adresse électronique suivante : www.tipi.budget.gouv.fr

1. cliquer sur « accéder au paiement ».
2. renseigner « l'identifiant de la collectivité » situé au recto du présent avis de somme à payer au-dessus du TALON DE PAIEMENT
3. Saisir la référence située au recto du présent avis de somme à payer mentionnée sous le montant à PAYER
4. Indiquer le montant à payer
5. Saisir le « N° d'entrée » situé au recto du présent avis de somme à payer au milieu du TALON DE PAIEMENT
6. Valider à chaque nouvel écran, suivez ensuite les instructions pour le paiement, et sauvegarder votre reçu.

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 (RENSEIGNEMENTS TRESOR PUBLIC)

Par Téléphone, muni de votre carte bancaireappelez au 04 90 52 07 80 pendant les horaires d'ouverture de la Trésorerie (adresse et horaire figurant au recto).

Par chèque bancaire ou postal à l'ordre du Trésor Public, au Centre d'Encaissement avec le talon de paiement dans une enveloppe dûment affranchie. N'adressez aucun autre document au Centre d'Encaissement

En espèces (dans la limite de 300€) ou en carte bancaire, muni du présent avis, auprès d'un buraliste ou partenaire agréé (liste consultable sur le site www.impots.gouv.fr/portail/paiement-proximite).

Si vous avez des difficultés pour payer des sommes dues, contactez le Receveur du Centre Hospitalier soit par téléphone (04 90 52 07 80) en vous munissant du présent avis, soit par courrier ou par courriel (t013203@dgfip.finances.gouv.fr) en rappelant les références suivantes : **Exercice et Numéro de Titre**.

AFFRANCHIR TOUTE CORRESPONDANCE AVEC LA TRESORERIE OU L'HOPITAL

RENSEIGNEMENTS HOPITAL

Si vous souhaitez des renseignements sur le décompte ou la mise à votre charge des sommes dues, adressez-vous à l'hôpital, Service Admissions de l'établissement dans lequel vous avez été hospitalisé ou reçu en Soins Externes. Vous pouvez aussi interroger ce service, par téléphone, au 04 90 49 26 34.

Voies de Recours : article L615-9 du code de la santé publique et article L1617-5 du code général des collectivités territoriales. Dans un délai de deux mois suivant la réception du présent document, vous pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant directement le tribunal administratif compétent.

Vous pouvez auparavant faire un recours gracieux auprès du Directeur de l'Hôpital : l'absence de réponse pendant 2 mois vaut décision implicite de rejet.

AVIS DES SOMMES A PAYER

 Titre exécutoire en application des articles L.252A du LPF et L.161-7-5, R.2342-4 et D.3342-11 du CGCT et L.6145-9 du code de la santé.
 par Mr MEYER PHILIPPE, DIRECTEUR

| | | | | |
|----------------|---|--------------------------------------|--------------------|------|
| HOPITAL | CHIC MARMANDE - TONNEINS C. H. I. C. (SITE DE TONNEINS) 76 Rue Docteur COURRET 47207 MARMANDE CEDEX | Finess 470001660 Finess 470000555 | N° Siret 264703612 | AD 7 |
|----------------|---|--------------------------------------|--------------------|------|

| | | | |
|---------------------|---|--------------|---|
| BENEFICIAIRE | Nom LABATUT Né(e) CAMILLE Prénom 17/07/1939 Né(e) le 74 ROUTE DU CHANvre Adresse 47400 TONNEINS N° IEP 123018498/042 N° IPP 002208330 Risq. 10 ENTREE: 21/06/2023 | Exp. | TRESORERIE ETS HOSPI AGEN RUE RENE BONNAT CITE ADMINISTRATIVE LACUEEE BAT B 47921 AGEN CEDEX 9 |
| ASSURE | Nom LABATUT CAMILLE NN 139074705200273 Ben. ORG-014714125 N° Mutualiste OK SE LARA MT | Destinataire | MMC PRAECONIS PREVALOIS 6 RUE PAUL MOREL BP 80283 70000 VESOUL |
| OBS. | Prestations | | Orienté médecin traitant (MTO) |

| DATE | DESIGNATION | NOMBRE | TARIF | TARIF DE RESPONSABILITE | TAUX | A VOTRE CHARGE | PREST UP |
|--------|-------------------|--------|-------|-------------------------|------|----------------|-------------|
| 210623 | Actes d' imagerie | ADI | 1,00 | 29,97 | 30 | 8,99 | 32-034 0401 |

**SERVICE COURRIER LE
17 JUIL. 2023**

RENSEIGNEMENTS TRESOR PUBLIC

Ouverture : Lu-Ma-Me-Je-Ve 8H30-12H00

 Téléphone 0553660691 BDF BDF C4740000 RIB 3000100103 C474000000067 € Acompte
 IBAN FR213000100103C474000000067 BIC BDFEFRPPCCT 8,99 € A PAYER

 UNE ATTESTATION DE PAIEMENT SERA DELIVREE APRES ENCAISSEMENT DU TRESOR PUBLIC
 IDENTIFIANT COLLECTIVITE 013094

TALON DE PAIEMENT

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

Débiteur: 322765

 MMC PRAECONIS PREVALOIS
6 RUE PAUL MOREL
BP 80283
70000 VESOUL

 807A6E
CHIC MARMANDE - TONNEINS

€

IDENTIFICATION

 Références : HTR - n° codique 047002
 étab 042 exercice 2023

PC. 047002

 * E *
 CH. 037 ET. 042
 EXC. 2023
 DOS.
 TIT. 123018498
 760578

n° entrée 123018498

n° titre 230760578037000

Montant : 8,99 euros

 TRESORERIE ETS HOSPI AGEN
RUE RENE BONNAT
CITE ADMINISTRATIVE LACUEEE BAT B
47921 AGEN CEDEX 9

montant en euros

Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier

Montant : 8,99 €

000000137235

950033000169 00100007605780000010470025993806

899

| | |
|-----------------------------|------------|
| N° TITRE | 760578 |
| Emis et rendu exécutoire le | 06/07/2023 |
| N° Bordereau | 7340 |
| N° Feuillet | 1 |
| Exercice | 2023 |
| RDT | 322765 |

RENSEIGNEMENTS PAIEMENTS : cette facture est payable à réception

➤ Vous pouvez payer soit :

- par Paiement en ligne : <http://www.chicmt.fr>
 - Cliquer « Payer une facture »
 - Une aide pour trouver les champs à remplir se trouve dans la notice se situant au-dessus du lien.

IDENTIFIANT COLLECTIVITÉ 013094

Consultez la notice-paiement-en-ligne

+ préciser également le numéro de titre (en haut à droite)

- Auprès des buralistes partenaires agréés dont la liste est consultable sur la page : www.impots.gouv.fr/portail/paiement-proximite soit par carte bancaire sans limitation de montant, soit en numéraire pour un montant inférieur à 300 euros. Le buraliste remettra un justificatif de paiement.
- Par virement bancaire ou postal en rappelant obligatoirement dans la zone correspondante les références du titre portées en haut et à droite du présent avis. Le virement est à faire sur le compte Banque de France de la trésorerie :

| | |
|------|-----------------------------------|
| RIB | 30001 00103 C47 4000000067 |
| IBAN | FR21 3000 1001 03C4 7400 0000 067 |
| BIC | BDFEFRPPCCT |

- Par carte bancaire, à distance, au numéro de téléphone suivant : 05 53 66 06 91

Si vous n'avez pas d'autres moyens de paiement :

Adresssez sous enveloppe dûment affranchie, votre chèque bancaire ou postal à l'ordre du Trésor Public + le talon de paiement à l'adresse suivante : Trésorerie Etablissements Hospitaliers, rue René Bonnat, Cité Administrative Lacuée - Bâtiment B – 47921 AGEN CEDEX 9.

➤ Si vous avez des difficultés pour payer les sommes dues, présentez vous à la Trésorerie d'Agen en vous munissant du présent avis ou écrivez en rappelant les références suivantes : exercice et numéro de titre.

RENSEIGNEMENTS HOPITAL

➤ Si vous souhaitez des renseignements sur le décompte ou la mise à votre charge des sommes dues, adressez vous à l'hôpital (bureau de l'Accueil de l'établissement dans lequel vous avez été hospitalisé ou admis en consultation externe).

➤ Voies de recours : Dans un délai de deux mois suivant la réception du présent document (articles L.6145-9 du code de la santé publique et L.1617-5 du code général des collectivités territoriales), vous pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant directement le tribunal administratif ou le tribunal judiciaire compétent selon la nature de la créance (exemple : tribunal administratif pour les produits hospitaliers : frais d'hospitalisation, soins, frais d'hébergement et forfait journalier et le tribunal d'instance ou de grande instance selon leur montant pour les autres créances).

Vous pouvez auparavant faire un recours gracieux auprès du Directeur de l'Hôpital : l'absence de réponse pendant deux mois vaut décision implicite de rejet.

Information :

- si vous êtes assuré social et que cet avis vous réclame la totalité des frais hospitaliers, vous disposez d'un délai de deux ans pour faire valoir vos droits à remboursement par votre régime d'assurance maladie et éventuellement par votre mutuelle. Passé ce délai vous ne pourrez plus être remboursé.
- Après complet paiement du présent avis une attestation de paiement vous sera adressée à votre domicile.

AFFRANCHIR TOUTE CORRESPONDANCE AVEC LA TRESORERIE OU L'HOPITAL