

PARTIE 1 A CONSERVER

ref: FDPAISP-SJDV

MODALITES DE REGLEMENT :

- 1) Par règlement en Numéraire ou par Carte Bancaire à la Caisse du Comptable chargé du Recouvrement : veuillez rapporter dans ce cas le présent avis en venant payer, un reçu vous sera remis.
- 2) Par mandat ou virement sur le compte courant du Comptable chargé du Recouvrement : veuillez inscrire très lisiblement dans le cadre «correspondance» les références portées sur le talon détachable.
- 3) Par Chèque Bancaire ou Virement Postal adressé au Comptable chargé du recouvrement : veuillez joindre le talon détachable à votre chèque, sans le coller ni l'agrafer ;

LIBELLEZ obligatoirement le Chèque ou le Mandat à l'ordre du TRESOR PUBLIC, dans votre intérêt n'envoyez en aucun cas un chèque sans indication du bénéficiaire ni références de la créance dont vous vous acquitez.

QUITANCE DE PAIEMENT :

En cas de paiement en espèces, une quittance vous est remise immédiatement.
Dans les autres cas, une quittance intitulée «Déclaration de Paiement» vous sera adressée, 15 jours environ après le débit de votre compte bancaire.

REMBOURSEMENTS, RECLAMATIONS, DIFFICULTES DE PAIEMENT:

- Remboursements : Si après paiement, il vous reste à faire valoir des droits de remboursement auprès d'un organisme de la Sécurité sociale, d'une Mutuelle ou d'une Société d'Assurance, lui adresser la quittance de paiement accompagnée de la partie haute du présent avis (volet 1).
- Réclamations : Si vous contestez le montant de la somme, faites le avant tout paiement et dans un délai de 2 semaines en adressant un courrier au:

Centre Hospitalier d'Antibes
Préciser ici le service, selon le cas,
Consultations Externes ou Hospitalisation
107 avenue de Nice
06606 Antibes Cedex

En y joignant les pièces suivantes:

 - Le présent avis (le document original);
 - Une photocopie de l'attestation de votre carte d'assuré social en cours de validité;
 - Tout justificatif comme par exemple, déclaration d'accident du travail, attestation d'accouchement, attestation d'affection de longue durée, carte d'Aide Médicale d'Etat, prise en charge Mutuelle

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

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

HOPITAUX DE TOULOUSE
CH PURPAN
PLACE DR BAYLAC TSA 40031

par Mr LEFEBVRE Jean-François, Directeur général du CHU de Toulouse
Finess 310781406 N° Siret 263100125 P2 514
Finess 310783048

BENEFICIAIRE

31059 TOULOUSE CEDEX 9
Nom ROBERT
Nom J.F.
Prénom GERARD
Né(e) le 02/06/1952
Adresse APPT 17
2 RUE DE L INDUSTRIE

31410 LAVERNOSE LACASSE
N° IEP 618428974/002 N° IPP 038668398
ENTREE: 30/05/2023 SORTIE : 31/05/2023

EXP:

TRESOR. HOPITAUX TOULOUSE
2 RUE VIGUERIE BP 3116
31026 TOULOUSE CEDEX 3

SERVICE COURRIER LE

17 JUIL. 2023

ASSURE

Nom ROBERT GERARD
NIR 152067507300568 Ben.
ORG. 013110002 N° Adhérent 152067507300568

DESTINATAIRE

MMC PRAECONIS PREVALOIS
6 RUE PAUL MOREL
70006 VESOUL CEDEX

OBS.

Séjour du 30/05/2023 au 31/05/2023

DATE	DÉSIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITÉ	TAUX	A VOTRE CHARGE
300523	MEDECINE AUTRES UM-CH	11	1,00	1446,91		03-216 1510
300523	FORFAIT JOURNALIER	49	1,00	20,00	100	20,00 03-216 1510
310523	FORFAIT JOURNALIER	49	1,00	20,00	100	20,00 03-216 1510

RENSEIGNEMENTS TRÉSOR PUBLIC

Sans RdV: lun au jeu 8h30-11h30 lun 13h30-16h. Avec RdV: mardi jeudi 13h30-16h15

TEL. 0561778225 BDF BANQUE DE FRANC C3110000 RIB 3000100833C311000000091
IBAN FR753000100833C311000000091 BIC BDFEFRPPCCT

40,00 €

€

Acompte

40,00 €

€

A PAYERPAYER PAR INTERNET : www.chu-toulouse.fr

REMBOURSEMENT : Présent avis + Attestation adressée après paiement

TALON DE PAIEMENT

MMC PRAECONIS PREVALOIS
6 RUE PAUL MOREL
70006 VESOUL CEDEX

997002
HOPITAUX DE TOULOUSE
*

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

Références : HTR - n° codique 31036
étab 01 exercice 2023

IDENTIFICATION**P.C.**

n° entrée 618428974

CH

n° titre 231649159001100

EXC.

TRESOR. HOPITAUX TOULOUSE
2 RUE VIGUERIE BP 3116
31026 TOULOUSE CEDEX 3

DOS.

Montant : 40,00 Euros

TIT

montant en euros

Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier

Montant :

€ 000000001239

997002000138 07016491596184289740310362958806

4000

RENSEIGNEMENTS PAIEMENTS: cette facture est payable dès sa réception

PAR CARTE BANCAIRE :

- **Sur le site internet** www.chu-toulouse.fr. Les règlements se feront par l'intermédiaire d'un service sécurisé, élaboré par la Direction Générale des Finances Publiques, disponible 7j/7j et 24h/24h.
- **A distance** au numéro de téléphone suivant : 05 61 32 41 14
- **Auprès d'un buraliste** ou partenaire agréé, muni du présent avis (liste consultable sur le site www.impots.gouv.fr/portail/paiement-de-proximite).
- **Aux guichets de la Trésorerie** des Hôpitaux de Toulouse muni du présent avis (adresse et horaires figurant au recto).

PAR VIREMENT BANCAIRE :

En créditant le compte IBAN : FR753000100833C311000000091 - BIC : BDFEFRPPCCT et en rappelant obligatoirement, dans la zone correspondante, les références du titre mentionnées en haut et à droite du recto du présent avis.

PAR CHEQUE BANCAIRE :

En euro à l'ordre du Trésor Public, à adresser 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.**

EN ESPECES :

Auprès d'un buraliste ou partenaire agréé, muni du présent avis, (liste consultable sur le site www.impots.gouv.fr/portail/paiement-de-proximite)

Si vous avez des difficultés pour payer, les demandes de délai de paiement doivent être présentées à la Trésorerie des Hôpitaux de Toulouse, en joignant le présent avis:

- **Par mail** : t031036@dgfp.finances.gouv.fr
- **Par courrier** : Centre Local des Finances Publiques, 2 rue Viguerie BP 31 I6 31026 Toulouse cedex 3
- **Au guichet** : Horaires figurant au recto
- **Par téléphone** : 05 61 77 82 25

Vous devrez motiver vos difficultés financières en fournissant les justificatifs de vos revenus et charges.

Pour vous permettre d'obtenir un remboursement par votre mutuelle vous recevrez une attestation de paiement qui vous sera adressée par La Poste dès réception de votre règlement

RENSEIGNEMENTS HOPITAL

Si vous souhaitez des renseignements sur le décompte des sommes dues, adressez-vous à l'hôpital (Bureau des Entrées de l'Etablissement dans lequel vous avez été hospitalisé ou admis en consultation ou Soins Externes).

Vous pouvez interroger ce service :

- **Par téléphone** : selon les indications de la zone renseignements HOPITAL située au recto du présent avis, partie haute ;
- **Par mail** à l'adresse suivante : formalites.administratives@chu-toulouse.fr

Voies de recours : article L. 6145-9 du code de la Santé Publique et article L. 1617-5 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.

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.1617-5, R.2342-4 et D.3342-II du CGCT et L.6145-9 du code de la santé.

par Mme DESSERTAINE Gaëlle, Directeur

HOPITAL	L HOPITAL DU GIER CH ST CHAMOND 19 RUE VICTOR HUGO 42400 SAINT CHAMOND	Finess 420002495 Finess 420780637	N° Siret 26420396900037	SL 603
---------	---	--------------------------------------	-------------------------	--------

N° TITRE	50175
Envoi et rendu exécutoire le	30/06/2023
N° Bordereau	281
N° Feuillet	1
Exercice	2023

BENEFICIAIRE	<p>Nom PINEY Né(e) Prénom SOAN Né(e) le 04/02/2020 Adresse 131 CHEMIN DE LA FONDERIE</p> <p>42740 LA TERRASSE SUR DORLAY</p> <p>N° IEP 841552061/060 N° IPP 002510154 Risq.10</p> <p>ENTREE: 25/05/2023</p>
ASSURE	<p>Nom DUBIEN TIFFANY NN 288124220703937 Ben. ORG.014220008 N° Mutualiste</p>
OBS.	Prestations

Exp.

TRESORERIE GIER ONDAINE
17 RUE VICTOR HUGO
42408 SAINT CHAMOND

Destinataire

MMC PRAECONIS
6 RUE PAUL MOREL
70000 VESOUL

DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITE	TAUX	A VOTRE CHARGE	REALISAT.
250523	CONSULTATION GENERALISTE SPECI GS	1,00	25,00		30	7,50	23
250523	MAJORATION ENFANT GENERALISTE MEG	1,00	5,00		30	1,50	23
250523	Majoration de coordination pou MCG	1,00	5,00		30	1,50	23

SERVICE COURRIER LE
17 JUIL. 2023

RENSEIGNEMENTS TRESOR PUBLIC	Quittance	10,50	€
de 8h30 à 12h30 du lundi au vendredi			
Téléphone 0477830388 BDF BANQUE DE FRANC C4290000 RIB IBAN FR793000100729C42900000064	3000100729C42900000064 BIC BDFEFRPPCCT	10,50	€ Acompte € A PAYER

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

TALON DE PAIEMENT

MMC PRAECONIS
6 RUE PAUL MOREL
70000 VESOULAD4207
L HOPITAL DU GIER

€ *

Pour les modalités de paiement se reporter au verso du présent avis	Références : HTR - n° codique 42009 étab 060 exercice 2023
Débiteur: 313946	n° entrée 841552061 n° titre 230050175006000
IDENTIFICATION	Montant: 10,50 euros
PC. 42009 * E * CH. 006 ET. 060 EXC. 2023 DOS. TIT. 841552061 50175	TRESORERIE GIER ONDAINE 17 RUE VICTOR HUGO 42408 SAINT CHAMOND

Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier

montant en euros

Montant: 10,50 € 000000553237

950033000169 1910000050175000010420095956806

1050

COMMENT RECLAMER ?

SIVOUS SOUHAITEZ OBTENIR DES RENSEIGNEMENTS sur le decompte ou la mise a votre charge des sommes dues ou si vous estimez qu'une erreur a ete commise, adressez-vous au Bureau des Admissions de l'Etablissement designe au recto du present avis

SI VOUS AVEZ UNE RECLAMATION amiable à formuler, adressez-vous au Bureau des Admissions de l'Etablissement designé au recto du présent avis. Veuillez avoir l'obligeance d'informer également le Trésorier de l'Etablissement indiqué au recto de votre démarche en précisant les références du titre figurant au verso.
ATTENTION : la contestation amiable n'a pas d'effet suspensif ; le recours devant le Tribunal Administratif doit être porté à la connaissance du Directeur et du Trésorier (copie) de l'Etablissement

SIVOUS AVEZ DES DIFFICULTES pour régler la somme qui vous est réclamée, adressez-vous, muni des justificatifs de votre situation et du présent avis au Trésorier de l'Etablissement chargé du recouvrement désigné au recto du présent avis

VOIES DE RECOURS

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

Si vous souhaitez être assister 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 devrez en formuler la demande auprès du Tribunal de Grande Instance.

AFFRANCHIR TOUTE CORRESPONDANCE AVEC L'ETABLISSEMENT OU SON TRESORIER

EN CAS DE REMBOURSEMENT des reçus de votre règlement, un justificatif vous sera adressé par le Trésor Public. Si vos soins sont susceptibles d'un remboursement par votre mutuelle, il y aura lieu de retourner au plus tard dans le délai d'attestation de paiement et la partie haute de la facture.

COMMENT PAYER ?

SUR INTERNET

Muni d'une carte bancaire de votre facture, connectez-vous sur www.paiement.gouv.fr pour renseigner

- l'identifiant collectivité, à dépend du code Budget qui figure au recto (en dessous de la somme à payer)
 - Si Budget H, saisir 00997 comme identifiant collectivité
 - Si Budget E, saisir C10009 comme identifiant collectivité
 - Si Budget C, saisir 0 0006 comme identifiant collectivité
- la référence de la facture (au recto en-dessous de la somme à payer) et le montant à payer.
- le numéro d'entrée.

SUR PLACE, PAR CARTE BANCAIRE OU CHEQUE : Presentez-vous aux guichets de la ressource (adresse et horaires figurant au recto) munis du présent avis.

EN ESPECES dans la limite de 300€ OU EN CARTE BANCAIRE

muni du présent avis, auprès d'un bureau ou partenaire agréé
(liste consultable sur le site www.impots.gouv.fr/portail/paiement/desproximite)

TALON DE PAIEMENT

TOUT PAIEMENT doit être effectué au Receveur de l'Etat-Hôpital dont l'adresse figure au recto

• Par CHEQUE Bancaire ou Postal .

Sous p i affranchi à l'adresse du Receveur

Jointez votre chèque à l'ordre du Trésor Public, au talon de paiement N°2 sans agrafe ni pli

ALORS JE
PAIEMENT 2

+

CHEQUE

Si vous reglez par virement ou mandat postal, joindre le talon N 3 sur la partie arrivée à la correspondance du mandat

Frais de port
réglable

|

AVIS DES SOMMES A PAYER

Volet 2 débiteur

CENTRE HOSPITALIER 11 GROUPE HOSPITALIER DU HAVRE		N° FINESS EG 760805770				TITRE 0736107			
N° SIRET EG 26760171400020		N° SIRET EJ 26760171400012		N° FINESS EJ 760780726		EMIS ET RENDU EXECUTOIRE 26-06-2023			
PATIENT	DOSSIER E 078239080 56-0 Soins Externes		Né(e) le 10-12-1944 Rg:1				BORDEREAU H 0063225		
	NOM QUEZOUREC		Soins du 23-05-2023				FEUILLET 1		
NE(E)		au 23-05-2023				EXERCICE 2023 411510			
PRENOM JEAN						RDT			
ADRESSE	JEAN QUEZOUREC 3 RUE SARAH BERNHARDT 76620 LE HAVRE		EXP MONSIEUR LE TRESORIER PRINCIPAL CENTRE DES FINANCES PUBLIQUES IMMEUBLE COLBERT 12 COURS COMMANDT FRATACCI BP 15 76083 LE HAVRE CEDEX						
ASSURE	QUEZOUREC JEAN N° AFFILIATION 1441222204034 65 CENTRE 01 763 000 5 EVENEMENT		DEST PRAECONIS 6 RUE PAUL MOREL BP 80283 70006 VESOUL CEDEX						
INFO	RENSEIGNEMENTS FACTURATION - HOPITAL MONOD 13H10/16H00 DU LUNDI AU VENDREDI 0232734260 fact.contentieux@ch-havre.fr								
OBS	144122220403465		N° MUTUALISTE K454296		LOT FX PGM S09f05R216_071 EDITION-FIJAU0200 505 *				
DATE DEBUT	DATE FIN	PRESTATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONS.	TX	A VOTRE CHARGE	DMT M.TRT UF OU COMPTE	
23-05-23		ATM ACTES TECHNIQUES MED Autre(s) débiteur(s) : *****39,58	100	5654		030		16967324121	
Valeur PS-O : Orienté par médecin traitant Médecin orienteur : DY CLOEE Identification B2/Noémie Type2S(30-38):230736107 Type2S(42-47):011000									
<i>CEDVIECF COURRIER LE 17 VIII. 2023</i>									
TRESOR PUBLIC	Banque	BDF ROUEN	RIB	30001 00428 C7660000000 08		*****16,96	TOTAL		
	Iban	FR57 3000100428C76600000008	Bic	BDFEFRPPCCT		*****0,00	AVANCES		
Tel	02 35 41 72 71						*****16,96	A PAYER	
DE 9H00 A 12H00 ET DE 14H00 A 16H00 DU LUNDI AU VENDREDI									

Titre exécutoire en application de l'article L252A du livre des procédures fiscales, pris, émis et rendu exécutoire conformément aux dispositions des articles R2342-4 et D3342-11 du code général des collectivités territoriales.

IDENTIFICATION		TALON DE PAIEMENT					
QUEZOUREC JEAN PC 076214		Talon de paiement à joindre à votre chèque		PRAECONIS 6 RUE PAUL MOREL BP 80283 70006 VESOUL CEDEX		444723 G.H. DU HAVRE	
N° d'entrée 078239080 N° titre 0736107 EH 011 Exercice 2023 Montant 16,96		Références HTR - PC 076214 EH 011 Exercice 2023 Dossier 078239080 Titre 0736107 Montant en euros *****16,96				CENTRE DES FINANCES PUBLIQUES 12 COURS CDT FRATACCI BP15 MONSIEUR LE TRESORIER PRINCIPAL 76083 LE HAVRE CEDEX	
Ne rien inscrire sous ce trait - Ne pas plier							

000000011230

950033000169 9110000736107000010762145988806

1696

COMMENT RÉCLAMER ?

Renseignements : Si vous souhaitez obtenir des renseignements sur le décompte ou la mise à votre charge des sommes dues ou si vous estimez que celle-ci a été commise avec vous au sein de l'établissement dans lequel vous avez été hospitalisé, il suffit de consulter les services externes désignés au recto du présent acte.

Vous pouvez interroger ces services par téléphone.

Réclamations : Si vous avez une réclamation à formuler adressez-vous aux services de l'étatissement désigné au recto du présent acte.

* **Attention .** La contestation doit être suspendue par la cassation du tribunal.

Difficultés de paiement : Si vous avez des difficultés pour payer des sommes dues, adressez-vous munis des justificatifs de votre situation et du présent avis à la Trésorerie Le Havre Centre Hospitalier en joignant au recto du présent acte ou écrivez-lui en rappelant toutes les références figurant sur le papier à détacher.

Voies de recours Dans le délai de deux mois suivant la notification du présent acte (article L 1617-5 du code général des collectivités territoriales) vous pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant directement le tribunal compétent :

- pour les produits hospitaliers (frais d'hospitalisation, frais d'hébergement, forfait journalier) : le tribunal administratif.
- Si vous souhaitez être assuré par un avocat, vous remplissez les conditions fixées par la loi n° 91-647 du 10 juillet 1991, vous pouvez bénéficier d'une aide juridictionnelle. Vous devez en formuler la demande auprès du tribunal de grande instance.

COMMENT PAYER ?

- En **ESPECES** jusqu'à 300 €

- PRESENTEZ-VOUS au guichet de la **Trésorerie Le Havre Centre Hospitalier** muni de ce document.

- Par **CHÈQUE** bancaire

- Adressez-vous pour affranchir le talon de paiement avec votre chèque libellé à l'ordre du TRÉSOR PUBLIC à l'adresse suivante :

CENTRE ENCAISSEMENT DES FINANCES PUBLIQUES
35908 RENNES Cedex 9

- Par **CARTE** bancaire

- Utilisez via le site TIPi les codes indiqués au recto.

Si vous réglez
Par mandat postal

Reportez les références de ce talon sur la partie réservée à la correspondance du mandat.

AVIS DES SOMMES A PAYER

Volet 2 débiteur

CH RAMBOUILLET 79 CENTRE HOSPITALIER DE RAMBOUILLET N° SIRET EG		N° FINESS EG 780000329 N° SIRET EJ 26780007600064 N° FINESS EJ 780110052	TITRE 1086811 EMIS ET RENDU EXECUTOIRE 06-07-2023					
PATIENT	DOSSIER H 900226894 79-1 Hospitalisation NOM LECERF NE(E) PRENOM FARID		Né(e) le 08-03-1954 Rg:1 Entré(e) le 18-04-2023 Sorti(e) le 02-05-2023 Venant de A son domicile					
	RDT	BORDEREAU H 0001285 FEUILLET 1 EXERCICE 2023 411510						
ADRESSE	FARID LECERF 19 RUE DES RABIERES LE BOIS DIEU 78125 HERMERAY	EXP DGFIP Rambouillet Etab Hospitalier 13 bis, RUE PASTEUR 78514 RAMBOUILLET CEDEX	SERVICE COURRIER LE 17 JUIL. 2023					
ASSURE	LE CERF FARID N° AFFILIATION 1540399350805 58 CENTRE 01 781 000 3 EVENEMENT			RISQUE 20				
INFO			DEST PRAECONIS PRECONIS 6 RUE PAUL MOREL 70000 VESOUL					
OBS	pec 4axes du 030523 rp 50e/jr jt				N° MUTUALISTE N157201		LOT XY PGM S09f04R216_071 EDITION:FLJAU0100 390 *	
DATE DEBUT	DATE FIN	PRESTATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONS.	TX	A VOTRE CHARGE	DMT M.TRT UF OU COMPTE
18-04-23	24-04-23	Forfait Journalier	700	2000		100	14000	216 03 5014
25-04-23	25-04-23	Forfait Journalier	100	2000		100	2000	216 03 5014
26-04-23	30-05-23	Forfait Journalier	600	2000		100	12000	216 03 5031
02-05-23		Forfait Journalier Transfert						
Total général des frais engagés : *****280,00								
Période de facturation du 18-04-2023 au 02-05-2023								
Identification B2/Noémie Type2S(30-38):231086811 Type2S(42-47):379100								
TRESOR PUBLIC	Banque	BDF VERSAILLES RIB 30001 00866 E7860000000 30					*****280,00	TOTAL
	Iban	FR70 3000100866E78600000030	Bic BDFFFRPPCCT				*****0,00	AVANCES
	Tel	01.34.57.30.50					*****280,00	A PAYER

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.

VEUILLEZ DETACHER CE TALON ET LE JOINDRE A VOTRE REGLEMENT. MERCI.

IDENTIFICATION

LE CERF
FARID
PC 078074

N° d'entrée
900226894
N° titre 1086811
EH 379
Exercice 2023
Montant 280,00

TALON DE PAIEMENT

Talon de paiement à joindre à votre chèque

PRAECONIS
PRECONIS
6 RUE PAUL MOREL
70000 VESOUL

920033
CH RAMBOUILLET

*

Références HTR - PC 078074
EH 379 Exercice 2023
Dossier 900226894
Titre 1086811

Montant en euros *****280,00

CENTRE D ENCAISSEMENT
DU TRESOR PUBLIC
TSA 50908
35908 RENNES CEDEX 9

€

Ne rien inscrire sous ce trait - Ne pas plier

000000379235

950033000169 38100010868110000010780745984806

28000

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.

Autres moyens de paiement

PAR VIREMENT BANCAIRE

Vers le compte bancaire du comptable public :

BIC : BDFFRPPCCT

IBAN : FR703000100866E786000000030

Indiquez, en zone objet/libellé les références suivantes (figurant sur l'avis des sommes à payer) :

- Budget
- Année de l'avis de somme à payer
- Numéro de titre

PAR CARTE BANCAIRE

Munissez-vous de votre avis, au guichet du :

CENTRE FINANCES PUBLIQUES

DGFIP Rambouillet Etab Hospitalier

Tél : 01.34.57.30.50

Mél : t078074@dgfip.finances.gouv.fr

Horaires d'ouverture du guichet :

08h30 – 12h30 du lundi au vendredi

Horaire d'ouverture téléphonique :

08h30 - 12h30 et 13h30 - 16h30
du lundi au vendredi

PAR CHEQUE BANCAIRE

En Euro à l'ordre du Trésor public, et tiré exclusivement sur une banque française. Joignez le talon de paiement non signé et non agrafé, sans aucun autre document. Le tout est à envoyer à l'adresse mentionnée sur le talon de paiement.

EN NUMERAIRE (dans la limite de 300€)

ou carte bancaire, avec cet avis
au guichet d'un buraliste-partenaire agréé.

Dès réception de votre paiement, une quittance vous sera envoyée par le Centre des Finances publiques.

Vous pouvez demander une attestation détaillée à l'établissement de santé, à joindre avec cette facture, pour obtenir un remboursement des frais engagés auprès de votre mutuelle.

Recours et contestations

Pour toute contestation concernant cet avis de somme à payer, veuillez prendre contact avec :

Centre Hospitalier de Rambouillet

Service des admissions, de la facturation et du recouvrement

5-7 Pierre et Marie Curie

78514 Rambouillet Cedex

Toute somme non acquittée dès la réception du présent avis fera l'objet de poursuites engagées par le comptable public indiqué au recto (seul celui-ci peut accorder un délai de paiement dans des cas exceptionnels dument justifiés par vous.)

Si vous n'avez pas obtenu satisfaction, vous pouvez :

- Si votre contestation porte sur le bien-fondé de la créance, saisir les juridictions administratives ou judiciaires dans les conditions fixées à l'article L.1617-5 1^e du code général des collectivités territoriales : « l'action (...) pour contester directement devant la juridiction compétente le bien-fondé de ladite créance se prescrit dans le délai de deux mois à compter de la réception du titre exécutoire ou, à défaut, du premier acte procédant de ce titre ou de la notification d'un acte de poursuite »

- Si votre contestation porte sur la régularité d'un acte de poursuite :

 * Saisir au préalable l'administration dont dépend le comptable qui exerce les poursuites dans les deux mois de la notification de l'acte conformément aux dispositions des articles L.1617-5 2^e du code général des collectivités territoriales, L.281 et R.*281-1 et suivants du livre des procédures fiscales (LPF) avant saisine des juridictions. La contestation portant sur l'exigibilité de la somme réclamée doit être soulevée sous peine d'irrecevabilité dans les deux mois du premier acte de poursuite permettant de l'invoquer (article R.*281-3-1 du LPF) ;

 * si vous n'avez pas obtenu satisfaction, saisir les juridictions compétentes dans un délai de deux mois dans les conditions fixées aux articles L.1617-5 2^e du code général des collectivités territoriales, L.281 et R.*281-1 et suivants du livre des procédures fiscales.

- Ou vous adresser au Médiateur des ministères économiques et financiers par Internet :

<http://www.economie.gouv.fr/mediateur/demande-mediation> ou par courrier postal (BP 60153 14010 CAEN Cedex 1). La médiation ne suspend ni les délais de recours juridictionnels ni les effets du présent acte.

AVIS DES SOMMES A PAYER

DUPLICATA

Volet 2 débiteur

CENTRE HOSPITALIER 59 CH SUD SEINE ET MARNE FONTAINEBLEAU										N° FINESS 770000149	N° TITRE 0000933																																																																																																																																																		
										N° SIRET 20006345100013	EMIS ET RENDU 22-02-2023																																																																																																																																																		
MALADE	N° DOSSIER E 035118506 59-0 Soins Externes NOM BALTAR NOM JF MARTIN PRENOM NATHALIE										EXECUTOIRE LE																																																																																																																																																		
	Née le 16-05-1965 Soins du 19-01-2023 au 19-01-2023										N° BORDEREAU 00 0000026																																																																																																																																																		
ADRESSE	BALTAR NATHALIE 88 Rue Du Bourg 45300 VRIGNY										N° FEUILLET 1																																																																																																																																																		
											EXERCICE 23 4115100																																																																																																																																																		
OBS	ASSURE NOM BALTAR NATHALIE N° AFFILIATION 2650545106001 62 ORGANISME 01 451 601 7 EVENEMENT										RDT																																																																																																																																																		
											LOT IR PGM S06f17R201_000 EDITION-FJAU0IB 1																																																																																																																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>DATE DEBUT</th> <th>DATE FIN</th> <th>GHS</th> <th colspan="4">ACTE OU LIBELLE</th> <th>NOMBRE</th> <th>TARIF</th> <th>TARIF DE RESPONS.</th> <th>TX</th> <th>A VOTRE CHARGE</th> <th>DMT M.TRT UF OU COMPTE</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th></th> <th>Code Ccam</th> <th>Acti</th> <th>Doc</th> <th>Phase</th> <th>Modif</th> <th>Asso</th> <th>Remb</th> <th>Supp</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>19-01-23</td> <td></td> <td></td> <td colspan="4">ADI ACTES D IMAGERIE</td> <td>1'00</td> <td>55'00</td> <td></td> <td>030</td> <td></td> <td>1650</td> </tr> <tr> <td>Médecin exécutant</td> <td>Montant 100% :</td> <td>MEKKI TOUFFIK</td> <td>Sp.06</td> <td>uf.2145</td> <td>IRM F</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>732412</td> </tr> <tr> <td></td> <td>*****55,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>19-01-23</td> <td></td> <td colspan="4">ADI ACTES D IMAGERIE</td> <td>100</td> <td>0,75</td> <td></td> <td>030</td> <td></td> <td>022732412</td> </tr> <tr> <td>Médecin exécutant</td> <td>Montant 100% :</td> <td>MEKKI TOUFFIK</td> <td>Sp.06</td> <td>uf.2145</td> <td>IRM F</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>*****0,75</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Valeur PS-O : Orienté par médecin traitant</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Médecin orienteur :</td> <td>BELLIARD JEAN CLAUDE</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Identification E2/Noémie Type2S(30-38) :230000933</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Type2S (42-47) :100000</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="12" style="text-align: center; font-size: small;"> <i>SERVICE COURRIER LE 17 JUIL. 2023</i> </td> </tr> </tbody> </table>												DATE DEBUT	DATE FIN	GHS	ACTE OU LIBELLE				NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONS.	TX	A VOTRE CHARGE	DMT M.TRT UF OU COMPTE				Code Ccam	Acti	Doc	Phase	Modif	Asso	Remb	Supp		19-01-23			ADI ACTES D IMAGERIE				1'00	55'00		030		1650	Médecin exécutant	Montant 100% :	MEKKI TOUFFIK	Sp.06	uf.2145	IRM F						732412		*****55,00											19-01-23		ADI ACTES D IMAGERIE				100	0,75		030		022732412	Médecin exécutant	Montant 100% :	MEKKI TOUFFIK	Sp.06	uf.2145	IRM F								*****0,75											Valeur PS-O : Orienté par médecin traitant												Médecin orienteur :	BELLIARD JEAN CLAUDE											Identification E2/Noémie Type2S(30-38) :230000933								Type2S (42-47) :100000				<i>SERVICE COURRIER LE 17 JUIL. 2023</i>											
DATE DEBUT	DATE FIN	GHS	ACTE OU LIBELLE				NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONS.	TX	A VOTRE CHARGE	DMT M.TRT UF OU COMPTE																																																																																																																																																	
			Code Ccam	Acti	Doc	Phase	Modif	Asso	Remb	Supp																																																																																																																																																			
19-01-23			ADI ACTES D IMAGERIE				1'00	55'00		030		1650																																																																																																																																																	
Médecin exécutant	Montant 100% :	MEKKI TOUFFIK	Sp.06	uf.2145	IRM F						732412																																																																																																																																																		
	*****55,00																																																																																																																																																												
19-01-23		ADI ACTES D IMAGERIE				100	0,75		030		022732412																																																																																																																																																		
Médecin exécutant	Montant 100% :	MEKKI TOUFFIK	Sp.06	uf.2145	IRM F																																																																																																																																																								
	*****0,75																																																																																																																																																												
Valeur PS-O : Orienté par médecin traitant																																																																																																																																																													
Médecin orienteur :	BELLIARD JEAN CLAUDE																																																																																																																																																												
Identification E2/Noémie Type2S(30-38) :230000933								Type2S (42-47) :100000																																																																																																																																																					
<i>SERVICE COURRIER LE 17 JUIL. 2023</i>																																																																																																																																																													

INFO	PARTIE HAUTE A CONSERVER PAR VOTRE MUTUELLE.	*****16,72	TOTAL
	TEL:0164316728- facturationext@ch-sud77.fr AUCUNE	*****0,00	AVANCES
	ANNULATION DE LA FACTURE - 50 EUROS OU PLUS D'1 AN	*****16,72	A PAYER

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.

Talon à joindre à votre règlement - Découpez selon les pointillés

PAIEMENT

Banque BQUE DE FRANCE
RIB 10071 77000 00002003306 45
IBAN FR 76 10071 77000 00002003306 45

*****16,72 EUROS
A REGLER SOUS QUINZAINE

BIC TRPUFRP1XXX

Horaires Accueil Trésorerie: Lundi, Mercredi et
Vendredi 8h30-12h et 13h30-16h, Mardi et Jeudi matin
8H30-12H / 13H30-16H

Téléphone 01 64 87 58 00

IDENTIFICATION

BALTAR NATHAL
P.C. 077007
N° d'entrée
035118506
N° titre 0000933
E.h. 59
Exercice 2023
Montant

*****16,72

BALTAR NATHALIE
P.C. 077007
N° d'entrée
035118506
N° titre 0000933
E.h. 59
Exercice 2023
Montant

*****16,72

EXP TRESORERIE HOPITAUX DU SUD 77
CITE ADMINISTRATIVE
20 QUAI HYPPOLYTE ROSSIGNOL
77010 MELUN CEDEX

DEST PRAECONIS
6 RUE PAUL MOREL

70006 VESOUL CEDEX