

# 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.

<b>HOPITAL</b>	Finess Finess		N° Siret	N° de TITRE
<b>BENEFICIAIRE</b>	Nom Nom J.F. Prénom Né(e) le Adresse		EXP.	Emis et rendu exécutoire le
N° IEP	N° IPP	Risq.		N° Bordereau
<b>ASSURE</b>	Nom NN ORG.		DESTINATAIRE	N° Feuillet
N° Mutualiste	Ben.			Exercice
<b>OBS.</b>	RDT			

DATE	DÉSIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITÉ	TAUX	A VOTRE CHARGE
AVIS A CONSERVER AUCUN DUPLICATA NE SERA DÉLIVRÉ						

**RENSEIGNEMENTS TRÉSOR PUBLIC**

Quittance

BDF RIB BIC

IBAN

€ € € **A PAYER**

**TALON DE PAIEMENT**

€ \*

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

IDENTIFICATION

P.C.

CH

EXC.

DOS.

TIT

Montant : Euros

Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier

montant en euros

Montant : €

## **RENSEIGNEMENTS PAIEMENTS : Cette facture est payable à réception**

Adressez 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 figurant au recto) muni du présent avis en numéraire, chèque ou carte bancaire
- par virement bancaire ou postal en rappelant obligatoirement dans la zone correspondante **les références du titre portées en haut et à droite du présents avis**
- par carte bancaire, à distance, au numéro de téléphone suivant : 05 61 32 41 14.

**Si vous avez des difficultés pour payer** des sommes dues, présentez-vous chez le Trésorier du Centre Hospitalier en vous munissant du présent avis ou écrivez 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 (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 (voir indications dans la zone renseignements **HOPITAL située au recto du présent avis, partie haute**).

**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.