

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 Mr LAGARDERE ERIC, DIRECTEUR CENTRE HOSPITALIER DE DENAIN

HOPITAL
CH DENAIN.
C.H. DENAIN
25 bis Rue Jean Jaures
59220 DENAIN

Finess 590782165
Finess 590000592

N° Siret 26590681800017
Duplicata

GE 1
après paiement, un justificatif de paiement
vous sera adresse //

N° TITRE	3770
Emis et rendu exécutoire le	23/02/2015
N° Bordereau	29
N° Feuillet	1
Exercice	2015
RDT	

BENEFICIAIRE
Nom
Nom J.F.
Prénom
Né(e) le
Adresse

N° IEP
N° IPP
Risq.10

ENTREE:31/01/2015

Exp.
M. LE RECEVEUR
BD DU 8 MAI 1945
B.P 60232
59723 DENAIN CEDEX

ASSURE
Nom
NN
ORG.015992019 N° Mutualiste

Ben.

Destinataire

OBS. Prestations Urgence (MTU)

DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITE	TAUX	A VOTRE CHARGE	PREST	UF
310115	Majo Nuit Génér/Pédiatre 20h-2 N	1,00	35,00	.	30	10,50	211	4400
310115	CONSULTATION C	1,00	23,00	.	30	6,90	211	4400

RENSEIGNEMENTS TRESOR PUBLIC Quittance 17,40 €
LUNDI AU VENDREDI 08H30 - 12H00 ET 13H30 - 16H00

Téléphone 0327447734 **BDF** BDF VALENCIENNE 0000G050 **RIB** 30001008550000G05001732 € Compte
IBAN **BIC** 17,40 € **A PAYER**

Pour remboursement : avis à conserver Budget : H
vous pouvez payer en ligne à l'adresse suivante <http://www.ch-denain.fr/> Référence : 2015-3770-1

TALON DE PAIEMENT

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

Références : HTR - n° codique 059505
étab 48 exercice 2015
n° entrée 609227600
n° titre 150003770048000

IDENTIFICATION
PC. 059505
* E *
CH. 048 ET. 048
EXC. 2015
DOS. 609227600
TIT. 3770

Montant : 17,40 euros

M. LE RECEVEUR
BD DU 8 MAI 1945
B.P 60232
59723 DENAIN CEDEX

Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier

€ *

Montant : 17,40 €

00000048153

997002000138 19000037706092276000595052975806

1740

montant en euros

PARTIE A CONSERVER

MODALITES DE REGLEMENT :

- Par internet :

Suivez les indications fournies sur la page d'accueil du centre hospitalier :

Indiquez l'identifiant* collectivité puis l'exercice, le numéro et le montant du titre ainsi que le numéro d'entrée comme indiqué sur le recto de cet avis. Ces informations permettront de vous identifier.

***Note** : l'identifiant collectivité dépend du code budget figurant au recto :

Code Budget	Identifiant collectivité
H	008021
J	008098
B	008097
E	008101

- Par règlement en numéraire ou par carte bancaire à la caisse du comptable chargé du recouvrement :

Veillez rapporter dans ce cas le présent avis en venant payer, un reçu vous sera remis

- Par chèque bancaire ou virement postal adressé au comptable chargé du recouvrement :

Veillez joindre le talon de paiement à vote 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 ainsi que les références de la créance dont vous vous acquittez

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 estimez qu'une erreur a été commise, adressez-vous aux services suivants :

Pour une hospitalisation :	03-27-24-30-41
Pour une consultation :	03-27-24-31-81
Pour le long séjour :	03-27-24-33-51

Pour contester le bien-fondé de cette créance, vous devez déposer un recours devant le tribunal administratif dans un délai de deux mois suivant notification du présent acte (article L1617-5 du code général des collectivités territoriales) *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

- 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

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

TALON DE PAIEMENT

Si vous réglez

- **En ESPECES :**
Présentez-vous aux guichets du comptable de l'établissement indiqué au recto muni du présent avis
- **Par CHEQUE (et sous pli affranchi) :**
A l'adresse de paiement indiquée au recto
Joignez votre chèque libellé à l'ordre du « trésor public » à ce talon de paiement, sans agrafer ni plier

Talon de paiement
ou totalité de l'avis

+

CHEQUE

→

Comptable de
l'établissement

Si vous réglez

Par mandat ou
virement postal

Collez ce talon sur
la partie réservée
à la correspondance
du chèque postal
ou du mandat