

# AVIS DES SOMMES A PAYER

Titre exécutoire en application des articles L.252A du LPF et L.1617-5, R2342-4 et D.3342-11 du CGCT et L.6145-9 du code de la santé

HOPITAL

C.H.R. d'ORLEANS  
HOPITAL DE LA SOURCE  
14 AV DE L HOPITAL CS 86709

par Mr BOYER OLIVIER, DIRECTEUR GENERAL  
Finess 450000088 N° Siret 26450009100014 M9 1  
Finess 450002613  
BUREAU DES CONSULTATIONS ET DES HOSPITALISATIONS

N° TITRE	99516
Emis et rendu exécutoire le	01/06/2015
N° Bordereau	276
N° Feuillet	1
Exercice	2015

BENEFICIAIRE

45067 ORLEANS CEDEX 2 ouvert de 8h30 à 17h - Tel 0238514669-0238514428  
Nom  
Nom J.F.  
Prénom  
Né(e) le  
Adresse  
**4** 45000 ORLEANS  
N° IEP 759138677/067 N° IPP 810640404  
Risq. 10  
ENTREE:14/04/2015 SORTIE :16/04/2015

EXP.

CENTRE FINANCES PUBLIQUES  
9 AV PRESIDENT JOHN KENNEDY  
CS 30043  
45077 ORLEANS CEDEX 2

RDT

ASSURE

Nom  
NN Ben  
ORG. 994516177 N° Mutualiste

Destinataire

45000 ORLEANS

OBS.

Séjour du 14/04/2015 au 16/04/2015

DATE	DÉSIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITÉ	TAUX	A VOTRE CHARGE	
140415	CHIRURGIE	05	2,00	1602,00	20	604,80	DMT: 158
140415	FORFAIT-JOURN.	49	2,00	18,00	100	36,00	DMT: 158
160415	FORFAIT-JOURN.	49	1,00	18,00	100	18,00	DMT: 158

AVIS A CONSERVER  
AUCUN DUPLICATA  
NE SERA DÉLIVRÉ

## RENSEIGNEMENTS TRÉSOR PUBLIC

CENTRE FINANCES PUBLIQUES ORLEANS CHR :LUN MAR JEU VEN 8H30 A 12H00 ET 13H30 A 16H00  
Téléphone 0238252200 BDF BDF ORLEANS C4520000 RIB 3000100615C45200000022  
IBAN FR613000100615C45200000022 BIC BDFEFRPPCCT

Quittance

658,80 €

**3**

APRES ENCAISSEMENT DE VOTRE REGLEMENT, UN RECU DE PAIEMENT VOUS SERA ADRESSE

658,80	€	Acompte
658,80	€	<b>A PAYER</b>
Budget : H		
Référence : 2015-99516-1		

**1**

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

## TALON DE PAIEMENT à joindre à votre paiement

45000 ORLEANS

**2**

587890 C.H.R. d'ORLEANS \*

€

## IDENTIFICATION

PC. 45020  
\* H \*  
CH. 061 067  
EXC. 2015  
DOS. 759138677  
TIT. 99516

Références : HTR - n° codique 45020  
étab 02 exercice 2015  
n° entrée 759138677  
n° titre 150099516002100

Montant : 658,80 €

CENTRE ENCAISSEMENT RENNES  
TSA 50808  
35908 RENNES CEDEX 9

Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier

montant en euros

Montant : 658,80 €

00000002155

587890000189 75000995167591386770450202932806 65880

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

### **Vous pouvez payer :**

• **Par internet en vous connectant à l'adresse :** [www.tipi.budget.gouv.fr](http://www.tipi.budget.gouv.fr) :

**1** Renseigner l'identifiant collectivité correspondant au code lettre budget figurant au recto juste en dessous de la somme **A PAYER** :

si budget : H, saisir 007409

si budget : B, saisir 008127

si Budget : E, saisir 008131

si budget : A, saisir 008125

si budget : C, saisir 008128

si budget : P, saisir 008132

**2** **3** Saisissez ensuite la référence de la facture figurant immédiatement en dessous de ce code budget, puis le montant à payer.

**4** Sur la page suivante saisir le N° d'entrée (ou N°IEP figurant en haut à gauche de votre facture, rubrique bénéficiaire).

Les pages suivantes concernent votre adresse électronique puis votre paiement par carte bancaire.

### **Vous pouvez aussi payer :**

• Par chèque bancaire ou postal à l'ordre du Trésor Public, adressé 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.**

• 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 présent avis établi à l'ordre du Trésor Public aux références bancaires figurant au recto (**RENSEIGNEMENTS TRESOR PUBLIC**).

• Par mandat-cash en l'adressant à la Trésorerie avec le talon de paiement.

**Si vous avez des difficultés pour payer** des sommes dues, présentez-vous chez le Trésorier du Centre hospitalier en vous munissant du présent avis et des justificatifs de vos revenus, 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 des Consultations et Hospitalisations de l'Etablissement)**.

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.

**AFFRANCHIR TOUTE CORRESPONDANCE AVEC LA TRESORERIE ET L'HOPITAL**