

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/02/23	ATM	1	14,26	CONSULTATION D'ANESTHÉSIE INP : <input type="text"/> H.E.G.P. 20 rue Leblanc - 75015 PARIS Tél. 01.56.09.30 11 secretaires.sar@egp.aphp.fr
20/02/23	C.N.R	1	63,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

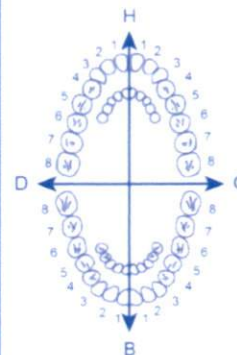
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

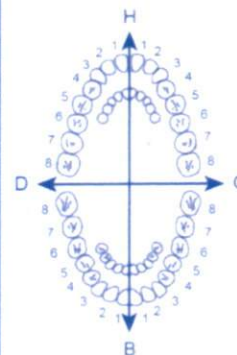
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

QUITTANCE

Nos références

Compte : 18463403 NIP : 8012910849
Réf. : 5347538683 N° d'entrée : 235583406

Hôpital

HEGP
20-40 RUE LEBLANC
75908 PARIS CEDEX 15

FINESS : 750803447

Poste : APHP-Paiement en ligne
Service : Traitements externes
Tel du service :
Permanence téléphonique : Ouvertures des caisses du au de à

CHOUKI HASSAN
6 RUE EL MORTADA ETGE 5 APTT
CASABLANCA
MAROC

NIP



Patient		Date de paiement	:	18.05.2023
CHOUKI HASSAN		Total montant dû	:	83,26 €
6 RUE EL MORTADA ETGE 5 APTT		Dont TVA	:	0,00 €
99350 CASABLANCA		Total déjà acquitté	:	0,00 €
		Montant payé	:	83,26 €
		Montant annulé	:	0,00 €
		Restant dû	:	0,00 €

Code Spéc Tarif DMT / MT	Orig. Pr.	Désignation	Majo	Date	Quantité Coefficient Durée	Tarif unitaire	Marge	Montant à 100%	Taux à votre charge	Dépassement	Montant total TTC à votre charge	Taux TVA
47		ATM - ACTES TECHNIQUES MEDICAUX		20/02/23	1,00	14,26		14,26	100,00		14,26	
47		CNR - NON RESIDENT CONS TYPE 5		20/02/23	1,00	69,00		69,00	100,00		69,00	

N : nuit ou enfant de moins de 13 ans ; F : Férié ou dimanche ; U : Urgence ;
P : Urgence pédiatre ; Z, B, C, D : Majorations de radiographies

Si vous bénéficiez de la Sécurité sociale en France, le tiers-payant est applicable. Vous devez transmettre votre attestation de droits au service dont les coordonnées figurent en haut à gauche du recto de la présente quittance. Votre attestation de droits est disponible sur le site AMELI.

Mode de règlement

Carte Bancaire : 83,26 euros

Détail des soins reçus :

Code Spéc Tarif DMT / MT	Orig. Pr.	Désignation	Majo	Date	Quantité Coefficient Durée	Tarif unitaire	Marge	Montant à 100%	Taux à votre charge	Dépassement	Montant total TTC à votre charge	Taux TVA
47		ATM - ACTES TECHNIQUES MEDICAUX		20/02/23	1,00	14,26		14,26	100,00		14,26	
47		CNR - NON RESIDENT CONS TYPE 5		20/02/23	1,00	69,00		69,00	100,00		69,00	
Montant total TTC à votre charge											83,26 €	

N : nuit ou enfant de moins de 13 ans ; F : Férié ou dimanche ; U : Urgence ;
P : Urgence pédiatre ; Z, B, C, D : Majorations de radiographies

Justificatifs à fournir à l'hôpital, dont l'adresse figure au recto (encadré), pour être dispensé du paiement d'une partie de ces frais :

- * Photocopie de l'attestation papier de la carte vitale,
- * Photocopie de la carte ou de l'attestation papier de l'Aide Médicale d'Etat (AME) valable à la date des soins,
- * Photocopie recto-verso de votre carte mutuelle,
- * Attestation CMUC,
- * Photocopie de la feuille de suivi de maternité,
- * Tout autre document attestant d'une prise en charge spécifique (original du volet accident du travail, invalidité...).

FACTURE

SOINS EXTERNES

Références à rappeler :

NIP / IPP : 8012910849 Compte client : 18463403
 Référence : 5347538683 N° de dossier : 235583406
 Utilisateur : 3128531

NIP :



Nom et prénom du patient :

CHOUKI HASSAN

ASSISTANCE
PUBLIQUE



HÔPITAUX
DE PARIS

Pour nous contacter :

HEGP
 TRAITEMENTS EXTERNES
 20-40 RUE LEBLANC
 75908 PARIS CEDEX 15

CHOUKI HASSAN
 7RUE EL MORTADA ETGE 3APTT
 CASABLANCA
 MAROC

Avez-vous déclaré un médecin traitant ?

☐ OUI ☐ NON

Nom : _____

Prénom : _____

**Grâce au paiement de votre facture,
 l'accès de tous au service public
 hospitalier est assuré.**

Le 30.06.2023

Madame, Monsieur,

Vous avez reçu des soins, dont le détail figure au verso de ce document.

Si vous nous transmettez, **avant le 15.03.2023**, les documents justifiant de votre prise en charge par l'assurance maladie ou par une assurance complémentaire (voir liste au verso de ce document), vous pourrez être dispensé de faire l'avance de tout ou partie des frais correspondant à ces soins.

Sinon vous devez nous régler la somme de **83,26 euros avant le 15.03.2023**.

Comment payer cette facture ?

* **Par carte bancaire sur le site internet sécurisé <https://paiement-en-ligne.aphp.fr>**

Ce site de paiement en ligne est sécurisé et accessible 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24

Vos identifiants de connexion sont :

Compte client : **18463403**

Référence : **5347538683**

* **Par chèque libellé à l'ordre du Trésor Public et adressé par voie postale** à l'adresse encadrée en en-tête de cette facture

* **Par carte bancaire au guichet** de la caisse de n'importe quel hôpital de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

* **A défaut d'autre possibilité**, en espèces (billets et pièces en euros) si le montant de votre facture est **inférieur à 300 €**. Vous pouvez vous présenter auprès de la caisse de n'importe quel hôpital de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

Merci de joindre la présente facture pour tout paiement en caisse ou par courrier.

Une quittance vous sera remise à l'issue de votre paiement pour le justifier.

Hôpital Européen Georges Pompidou

N° Finess : 75 0 80344 7

Sce Frais de Séjour

Patients non résidents

€
**PAYER EN
 LIGNE**

