



PayFiP.gouv.fr

La solution de paiement de la Direction Générale des Finances Publiques.



# Comment régler mon Avis de Sommes à Payer (ASP) en ligne ?

Vous souhaitez régler vos frais d'hospitalisation, d'analyse, d'examen ou d'hébergement d'EHPAD par internet : c'est facile, rapide, sécurisé et vous pouvez effectuer le paiement 7j/7 et 24 h/24.

## Comment Procéder ?

1

Munissez-vous de votre Avis de Sommes à Payer (ASP) et de votre carte bancaire puis ouvrez votre navigateur internet.

Tapez l'adresse suivante : <https://www.payfip.gouv.fr/>

Vous devriez arriver sur cette page :



Cliquez sur

2

PAYER VOS FACTURES PUBLIQUES

pour pouvoir régler votre ASP



Vous arrivez sur cette page :

3

The screenshot shows the top of the PayFiP.gouv.fr website. On the left is the French Republic logo with the motto 'Liberté Égalité Fraternité'. In the center is the 'PayFiP.gouv.fr' logo and the text 'Le service de paiement de la Direction Générale des Finances Publiques'. On the right is the 'PAY FiP' logo. Below this is a form titled 'SAISIR L'IDENTIFIANT STRUCTURE PUBLIQUE'. The form contains the instruction 'Veuillez renseigner l'identifiant structure publique.' and a single input field labeled 'Identifiant structure publique : \*'. A small 'i' icon is next to the field. At the bottom right of the form is the text '\*champ obligatoire'. Below the form are two buttons: 'Valider' and 'Annuler'.

Rentrez ici l'identifiant du Centre Hospitalier concerné.

- CH Saint-Lô :
  - frais d'hospitalisation, d'analyse, d'examen : **063078**
  - frais d'hébergement d'EHPAD : **063080**
  - frais d'USLD : **063079**
- CH Coutances :
  - frais d'hospitalisation, d'analyse, d'examen : **063182**
  - frais d'hébergement d'EHPAD : **063183**

puis validez.

Une nouvelle page s'affiche :

4

The screenshot shows the same website header as above. Below it is a form titled 'SAISIR REFERENCE ET MONTANT DE LA DETTE'. The form contains the instruction 'Veuillez renseigner la référence de la dette et son montant.' and two input fields. The first field is labeled 'Référence : \*' and contains a small input box followed by a separator and another small input box, with '-000001' and a small 'i' icon to the right. The second field is labeled 'Montant : \*' and contains a small input box followed by a separator and another small input box, with '€' to the right. At the bottom right of the form is the text '\*champs obligatoires'. Below the form are two buttons: 'Valider' and 'Annuler'.



Munissez vous de votre ASP et notez les valeurs symbolisées par les pastilles 2,3 et 4 en vous basant sur l'exemple ci-dessous (le n°1 étant un rappel de l'identifiant du Centre Hospitalier) :

**AVIS DES SOMMES A PAYER**

Titre exécutoire en application des articles L.322A du LP et L.1617-5, R.2340-4 et D.2343-11 du COCT et L.5142 du code de la santé par Mr. MARIE Frederic - Directeur du CH MEMORIAL 9 rue D. de Saint-Lô

<b>HOSPITAL</b>	CENTR. HOSP. MEMORIAL C.H MEMORIAL FRANCE ETATS-UNIS 715, RUE DUNANT 50009 SAINT LO CEDEX	Finess 500000112 Finess 500000450 CONSULT. EXT ET HOSPIT. TEL 0233063195 (8h-16h) IDENTIFIANT PAYEP N° 063078	N° Siret 265001073 Viau CREANCE 12 1	N° TITR 1033536 Emis et rendu exécutoire le 06/2023 N° Bordereau 96264 N° Feuillet 1 Exercice 2021
<b>BENEFICIAIRE</b>	Nom Né(e) Prénom Né(e) le Adresse	PAIEMENT EN LIGNE www.ch-stlo.fr		
<b>ASSURE</b>	Nom NN ORG. N° Mutualiste	N° IEP 916933062 N° IPP 007554193 RISQ 29 ENTREE : 19/05/2021 DECEDE : 20/05/2021	Exp. TRESORERIE HOSPITALIERE DE CARENTAN RUE GIESMARD 50500 CARENTAN LES MARAIS	
<b>DESTINATAIRE</b>	Nom NN ORG. N° Mutualiste			
<b>ODS</b>	Déjour du			

DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITE	TAUX	A VOTRE CHARGE	PREST	UP
190521	PC	1	20,00					06
190521	ME	1	20,00					06

**RENSEIGNEMENTS TRESOR PUBLIC**

DU LUNDI, MERCREDI ET JEUDI 8H30-12H00 13H30-16H00 Fermée le Mardi et le Vendredi

Quittance 20,00 €

Téléphone 0233716300 BDF BDF PARIS H5010000 RIB 30001 00745H501000000036 Acompte  
IBAN FR563000100745H501000000036 BIC BDFEFP33CT A PAYER

A DEFAUT DE REGLEMENT DANS UN DELAI DE 30 JOURS, RECouvreMENT PAR VOIE D'HUISSIER DE JUSTICE AVEC FRAIS EN SUS, 15% AVEC UN MINIMUM DE 7.50 EUROS

TALON DE PAIEMENT

Reportez les valeurs de cette manière :

5

**SAISIR REFERENCE ET MONTANT DE LA DETTE**

Veillez renseigner la référence de la dette et son montant

Référence : \* 2021 - 1033536 - 000001

Montant : \* 20,00 €

Valider Annuler

Attention, pensez bien aux centimes, même si ce sont deux zéros dans votre facture.



Une fois les champs complétés, cliquez sur

**Valider**

Il se peut que l'on vous demande également le numéro d'entrée :

5b

Saisissez la valeur symbolisée par la pastille **5** du document exemple de l'étape 4 et cliquez sur **Valider**

Un récapitulatif s'affiche alors reprenant les références précédemment saisies :

6

Afin que la Direction Générale des Finances Publiques puisse vous confirmer par e-mail la bonne exécution de la transaction, vous devez ensuite donner une adresse mail valide et la confirmer dans un second champ. Cliquez ensuite sur **Valider**.

*Note : aucune information n'est conservée, ni par le centre hospitalier, ni par les services de l'Etat : ainsi, votre adresse mail ne sert qu'à confirmer le paiement par l'envoi automatisé du ticket de paiement, elle n'est en aucun cas enregistrée.*



7

Un nouveau récapitulatif s'affiche incluant l'adresse mail de contact saisie précédemment :

### Informations sur la dette

Etablissement : CH SAINT-LO  
 Numéro d'entrée : 016033062  
 Débitur : SUOEN THOMAS  
 Référence de la dette : 2021-01033536-000001  
 Montant : 20,00€  
 Adresse électronique : monadressemail@exemple.fr

---

### Choix du mode de paiement

Payer par prélèvement

Pour poursuivre cette procédure, vous devrez saisir vos identifiants impôts pour

Payer par carte bancaire

Annuler

Sélectionnez votre type de carte puis cliquez sur **Continuer**.

La fenêtre de paiement s'affiche :

8

Etablissement : CH SAINT-LO
Montant de la transaction : 20,00 €

#### Détails de la transaction

Référence de la transaction : PAY13P000000027858378  
 Référence commande : 202101033536000001  
 Comptable : THOMAS HOSPITALIER DE COUTANCES  
 Référence acheteur : 016033062  
 Identifiant du commerçant : 728001187720001  
 Nom de l'acheteur : SUOEN THOMAS  
 Email : monadressemail@exemple.fr

#### Informations de la carte

Veuillez saisir les informations de votre paiement

Numéro de carte :   
 Date d'expiration :  
 Mois : 01 / Année : 2021  
 Cryptogramme choisi :

Valider
Annuler

Selon votre établissement bancaire, vous pouvez être redirigé vers le page d'authentification de votre banque avant la validation de votre paiement.

Site sécurisé
Secured by Worldline
Copyright © 2021 | Tous droits réservés

Entrez les 16 chiffres de votre carte bancaire, sa date d'expiration et le numéro de sécurité (les 3 derniers chiffres figurant au dos de votre carte). Cliquez ensuite sur **Valider** pour confirmer le paiement.

Une nouvelle fenêtre va s'afficher pour vous indiquer que le paiement est accepté. Il vous sera également possible d'imprimer ou d'enregistrer en PDF le ticket de paiement.



9

En parallèle, un mail de confirmation de paiement va être envoyé à l'adresse indiquée en étape 6.

**Voilà, en moins de 5 minutes, vous avez effectué le paiement de vos frais d'hospitalisation, d'analyse, d'examen ou d'hébergement d'EHPAD !**

**Pas d'enveloppe, pas de timbre, pas besoin de se déplacer au Trésor Public, le tout sur le site gouvernemental totalement sécurisé.**