



Réf : F18010.01

Bureau de la Liquidation de l'Aide Médicale  
 Direction Provinciale de l'Action Sanitaire  
 et Social (DPASS)  
 Immeuble Gallieni I - 5, rue Gallieni  
 BP U2 , 98845 , Nouméa CEDEX

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS « PROSANTÉ »

**ACCÈS AU SERVICE EN LIGNE LAMWEB** (service de suivi des paiements et des droits des bénéficiaires de l'aide médicale)

Tél. 20 44 12 Fax 20 47 99  
 liquidation.aidemedicale@province-sud.nc

### INFORMATION

Merci de compléter cette fiche en indiquant correctement et lisiblement chaque renseignement demandé.  
 Si vous rencontrez des difficultés, veuillez contacter le 20 44 52.

#### IDENTITÉ PROFESSIONNELLE

Identification professionnelle (identifiant CAFAT) \_\_\_\_\_

N° de RIDET \* | | | | | | | | | | - | | | | |

Civilité  Madame  Monsieur

Nom d'usage \_\_\_\_\_ Nom de naissance \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

#### COORDONNÉES (ADRESSE SIÈGE SOCIAL OU CABINET)

##### Cabinet principal

N°/Type voie/Nom de la voie \_\_\_\_\_

Complément de localisation \_\_\_\_\_

Boîte postale \_\_\_\_\_ Code postal et libellé \_\_\_\_\_

Point de remise \_\_\_\_\_ Lieu-dit / Tribu \_\_\_\_\_

##### Cabinet secondaire

N°/Type voie/Nom de la voie \_\_\_\_\_

Complément de localisation \_\_\_\_\_

Boîte postale \_\_\_\_\_ Code postal et libellé \_\_\_\_\_

Point de remise \_\_\_\_\_ Lieu-dit / Tribu \_\_\_\_\_

#### COORDONNÉES \*

Téléphone bureau \_\_\_\_\_ Téléphone mobile \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

#### INFORMATIONS BANCAIRES \*

Titulaire du compte bancaire \_\_\_\_\_

Nom de la banque \_\_\_\_\_

RIB | | | | | | | | | | - | | | | | | | | | | - | | | | | | | | | | - | | | | | | | | | |  
 Code banque Code guichet Numéro de compte Clé

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations mentionnées dans la présente fiche.

Fait à \_\_\_\_\_, le (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_