

NIR :

Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte
A l'attention du Directeur
Place Mariage BP 84
97600 MAMOUDZOU

Mamoudzou, le.....

Objet : Demande d'affiliation au régime d'assurance
maladie-maternité, décès, invalidité sans RIB

Monsieur Le Directeur,

Je soussigné(e), né(e) le
....., suis dans l'incapacité de fournir un Relevé d'identité bancaire
ou Postal (RIB ou RIP) à la CSSM pour constituer mon dossier d'affiliation et ai bien pris
connaissance **qu'aucun remboursement ne pourra m'être effectué(e)** tant que je n'aurai
pas fourni cette pièce.

Cependant, je souhaite tout de même être affilié(e) afin d'obtenir une attestation qui me
permettra de me rendre au centre hospitalier de Mayotte, en dispensaire ou en PMI afin de
bénéficier de soins gratuits.

Je vous prie, Monsieur Le Directeur, d'agréer mes sincères salutations.

PJ : la photocopie de la pièce d'identité