

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