

INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE DE LA REPUBLIQUE DU MALI



I.N.P.S

Tél 00 (223) 20 21 31 58
00 (223) 20 21 25 54
Fax: 00 (223) 20 21 47 31
B.P 53 Bamako

**ORGANISME GESTIONNAIRE DELEGUE DE LA CAISSE NATIONALE
D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE**

Tél 00 (223) 20 72 91 95
00 (223)
Fax: 00 (223)
BPE 3062 Bamako



DECLARATION NOMINATIVE DE VERSEMENT DES COTISATIONS

N° Employeur: _____ /

Nom:.....
.....
Adresse:.....
Tél:.....
E-mail:.....

Période de versement
Du:.....
Au:.....

Date limite de déclaration ____/____/____/
Date d'échéance de paiement ____/____/____/

Nombre de salariés occupés
Permanents _____/
Expatriés _____/
Occasionnels _____/

Masse salariés brute soumise à cotisation
Permanents _____/
Expatriés _____/
Occasionnels _____/

Mode de paiement
 Chèque Caisses
 Virement Autres

EMPLOYEURS
Les cotisations que vous versez à l'INPS
servent à payer les prestations auxquelles
ont droit vos travailleurs

N° Assurés	Noms et Prénom	Temps de travail	TAUX	Salaires bruts	Accident du travail	Prestations Familiales	Rétraite	Incapacité Allocation Survivant	Assurance maladie Obligatoire	Taxe ANPE	Montant des Cotisations
						8	7	2	6.56	1	

Total des cotisations (Permanentes et expatriés) _____ /
Total des cotisations (occasionnels) _____ /
Débit ou credit antérieur: _____ /
Montant versement: _____ /

Je soussigné, certifie exacte la présente déclaration
Fait à..... Le
Signature et cachet de l'employeur

N.B: - Exceptés les frais professionnels, toute rémunération (espèces, avantage en nature) portée dans la comptabilité sous quelque rubrique que ce soit doit être soumise à cotisation.
- Le non paiement des cotisations à l'échéance ne dispense pas de l'employeur de la déclaration des cotisations dues. Art. 191 du CPS, art 107 du décret 09-552 P-RM du 12 Octobre 2009.