

# 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 (Permanent 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.