



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

INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE DE LA REPUBLIQUE DU MALI
ORGANISME GESTIONNAIRE DELEGUE DE LA CAISSE NATIONALE
D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Tél: 00 (223) 20 21 31 58
 00 (223) 20 21 25 54

Tél: 00(223) 20 72 919
 00 (223).....

Tél: 00(223) 20 72 9195
00 (223).....
Fax: 00 (223).....
BPE:3062 Bamako



DECLARATIONS DE COTISATIONS SOCIALES

NOM	
N° EMPLOYEUR: ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____	
RUE: ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____	PORTE: ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ B.P. ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____
Tél: _____ / Fax: _____ / Email: _____	
COMMUNE:	REGION:
Période déclarée: du ____ / ____ / ____ / au ____ / ____ / ____	
Date limite de déclaration ____ / ____ / ____ / Date d'échéance de paiement ____ / ____ / ____	

Libellé des cotisations sociales	Rémunérations soumises à cotisations	Taux de cotisations %	Montant des cotisations
Accident du travail et Maladie Professionnelle			
Prestations familiales		8	
Assurance Maladie Obligatoire { Salariée 3,06 % Patronale 3,50 %		6,56	
Retraite { Salariée 3,60 % Patronale 3,40 %		7	
Invalidité allocation de survivant		2	
ANPE		1	
Travailleurs temporaires			
Total des cotisations			

Total des cotisations dues: _____

Montant du versement: _____

Mode de paiement: Chèque bancaire ☐ Virement bancaire ☐ Espèces ☐

N.B.: Le non paiement des cotisations à l'échéance ne dispense pas l'employeur de la déclaration des cotisations dues. Art.191 du CPS, art 107 du décret 09 552 P-RM du 12 octobre 2009

Je soussigné, certifie exacte la présente déclaration

Fait à le.....
Signature et cachet de l'employeur