



Tél : 20 21 31 58  
20 21 25 54  
20 21 47 31  
BP : 53 Bamako

**INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE  
SOCIALE  
ORGANISME GESTIONNAIRE DELEGUE DE LA  
CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE**

Tél: 20 72 91 95  
20 23 01 33  
20 23 01 17  
BP :



**DEMANDE D'IMMATRICULATION D'UN SALARIE**

**IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR**

Nom ou Raison Sociale : .....  
NINA: .....  
N° INPS ..... N° Assuré Social .....

Nom ou raison sociale..... PRECEDENT EMPLOYEUR .....  
N° INPS ..... N° Assuré Social .....  
Date d'entrée ..... Date de sortie.....

**IDENTIFICATION DE L'ASSURE**

Civilité..... Nom de jeune fille.....  
Nom.....  
Prénom.....  
Situation matrimoniale : ☐ Marié (e) ☐ Veuf (veuve) ☐ Divorcé(e) ☐ Célibataire  
Date de naissance : ..... Cercle de naissance : .....  
Pays de naissance : ..... Sexe : .....  
Nationalité..... Profession..... N° Matricule.....  
Filiation { Père.....  
Mère : .....  
Salaire brut.....  
Date d'entrée dans l'établissement.....  
**Adresse :**  
Région /District..... Commune/ cercle.....  
Quartier..... Rue : ..... Porte.....  
Immeuble..... BP : ..... Tel .....  
Email : .....  
A déjà un N° INPS ..... N° Allocataire.....  
A déjà un N° Assuré Social : .....

Certifié exact à .....le.....  
Signature du demandeur

Cachet de l'employeur

Signature de l'employeur

FAMILLE DE L'ASSURE : **CONJOINTS** (Joindre les copies des pièces d'état civil)

Nom ..... Prénom .....  
Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....  
Pays de naissance : ..... Sexe : .....  
Nationalité..... Profession.....  
<sup>1</sup>N° Matricule : ..... <sup>4</sup>N° CMSS .....  
<sup>2</sup>N°INPS : ..... <sup>3</sup>N° Assuré Social : .....  
Date de mariage : ..... Lieu de mariage : .....

Nom ..... Prénom .....  
Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....  
Pays de naissance : ..... Sexe : .....  
Nationalité..... Profession.....  
<sup>1</sup>N° Matricule : ..... <sup>4</sup>N° CMSS .....  
<sup>2</sup>N°INPS : ..... <sup>3</sup>N° Assuré Social : .....  
.....  
Date de mariage : ..... Lieu de mariage : .....

Nom ..... Prénom .....  
Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....  
Pays de naissance : ..... Sexe : .....  
Nationalité..... Profession.....  
Date de mariage : ..... Lieu de mariage : .....  
<sup>1</sup>N° Matricule : ..... <sup>4</sup>N° CMSS .....  
<sup>2</sup>N°INPS : ..... <sup>3</sup> N° Assuré Social : .....

Nom ..... Prénom .....  
Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....  
Pays de naissance : ..... Sexe : .....  
Nationalité..... Profession.....  
Date de mariage : ..... Lieu de mariage : .....  
<sup>1</sup>N° Matricule : ..... <sup>4</sup>N° CMSS .....  
<sup>2</sup>N°INPS : ..... <sup>3</sup> N° Assuré Social : .....

<sup>1</sup>A renseigner seulement si le conjoint est fonctionnaire

<sup>2</sup>A renseigner seulement si le conjoint a déjà un numéro délivré par l'INPS

<sup>3</sup>A renseigner seulement si le conjoint a déjà un numéro délivré par la CANAM

<sup>4</sup>A renseigner seulement si le conjoint a déjà un numéro délivré par la CMSS

**FAMILLE DE L'ASSURE : DESCENDANTS (Joindre les copies des pièces d'état civil)**[illegible]

**FAMILLE DE L'ASSURE : ASCENDANTS (Joindre les copies des pièces d'état civil)**

Nom de jeune fille .....

Nom .....

Prénom.....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Pays de naissance : ..... Sexe : .....

Nationalité..... Profession.....

<sup>1</sup>N°INPS : ..... N° Assuré Social : .....

<sup>1</sup> N°CMSS : ..... N° MLE.....

<sup>2</sup>Est dépendant de l'assuré principal? : ☐ OUI ☐ NON

<sup>3</sup>Attestation de non bénéfice de l'Assurance Maladie Obligatoire ? ☐ OUI ☐ NON

Nom .....

Prénom.....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Pays de naissance : ..... Sexe : .....

Nationalité..... Profession.....

<sup>1</sup>N°INPS : ..... N° Assuré Social : .....

<sup>1</sup>N°CMSS : ..... N° MLE.....

<sup>2</sup>Est dépendant de l'assuré principal? : ☐ OUI ☐ NON

<sup>3</sup>Attestation de non bénéfice de l'Assurance Maladie Obligatoire ? ☐ OUI ☐ NON

<sup>1</sup> A renseigner seulement si l'ascendant a déjà un numéro délivré par l'INPS, la CANAM, la CMSS ou un numéro matricule s'il est fonctionnaire.

<sup>2</sup> A renseigner seulement si l'ascendant est économiquement dépendant du demandeur d'immatriculation

<sup>3</sup> A renseigner seulement si l'ascendant possède une attestation de non bénéfice de l'Assurance Maladie Obligatoire

**EXTRAITS DU DECRET N°09-552./P-RM DU 12 OCTOBRE 2009 FIXANT LES MODALITES D'APPLICATION DE LA  
LOI PORTANT INSTITUTION DU REGIME D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE**

**Article 15:** L'immatriculation du travailleur est subordonnée à la présentation d'une demande de son employeur ou de lui-même rédigée sur un imprimé délivré par l'organisme de gestion accompagnée des pièces justificatives permettant de l'identifier.

**Article 16 :** Lors de son immatriculation au régime d'Assurance Maladie Obligatoire, l'assuré procède également à celle des personnes à charge.

**Article 17 :** Pour l'immatriculation des personnes à sa charge, l'assuré produit les pièces justificatives suivantes :

- un extrait d'acte de mariage ;
- un extrait d'acte de naissance du conjoint ou d'un jugement supplétif en tenant lieu;
- un extrait d'acte de naissance des enfants à charge ou d'un jugement supplétif en tenant lieu ;
- un certificat de vie des enfants âgés de moins de 14 ans ;
- un certificat de scolarité pour les enfants âgés de 14 à 21 ans et poursuivant des études dans un établissement, public ou privé, d'enseignement supérieur ou de formation professionnelle ;
- un certificat médical justifiant l'impossibilité totale et définitive de se livrer à une activité rémunérée pour les enfants handicapés ;
- un extrait d'acte de naissance du père ou d'un jugement supplétif en tenant lieu ;
- un extrait d'acte de naissance de la mère ou d'un jugement supplétif en tenant lieu;
- le certificat de vie des père et mère ;
- une attestation de dépendance économique des ascendants directs délivrée par l'autorité communale ;
- une attestation de non bénéfice de l'Assurance Maladie Obligatoire des ascendants directs.

**Article 18 :** Lorsque les enfants sont immatriculés par des parents qui ont tous les deux la qualité d'assuré, ceux-ci désignent d'un commun accord celui auquel les enfants sont rattachés pour le bénéfice des prestations. Cette désignation est faite au moment de l'immatriculation.

Lorsque le parent désigné cesse d'ouvrir droit aux prestations au titre du régime d'assurance maladie obligatoire, celles-ci sont dues au titre de l'autre parent assuré.

**Article 19 :** Lorsque deux ou plusieurs assurés ont les mêmes ascendants, ceux-ci sont rattachés pour le bénéfice des prestations au premier assuré à les avoir immatriculés.

Lorsque l'assuré de rattachement cesse d'ouvrir droit aux prestations au titre du régime d'Assurance Maladie Obligatoire, celles-ci sont dues au titre d'un des autres assurés.

**Article 20 :** L'immatriculation est assurée par l'organisme de gestion dans les trente jours à partir de la date de réception de la demande. Elle consiste à enregistrer le travailleur ou le pensionné dans ses fichiers et à lui attribuer un numéro d'assuré social qui lui est notifié.

**Article 21 :** Le numéro d'immatriculation doit être rappelé dans toutes les correspondances de l'assuré social adressées à l'organisme de gestion.

**Article 22 :** Tout changement d'adresse ou d'employeur et toute modification intervenue dans la situation des assurés sociaux ou de leurs ayants droit doivent être déclarés à l'organisme de gestion par l'entremise de l'employeur dans un délai de trente jours, avec à l'appui les pièces justificatives y afférentes.

**Article 23 :** L'instruction de la demande d'immatriculation donne lieu à la délivrance d'une carte d'assuré social de l'Assurance Maladie Obligatoire comportant la photographie de l'assuré, les éléments nécessaires à son identification, le numéro d'immatriculation. Cette carte d'assuré est réservée à l'assuré et à ses ayants droit de moins de 14 ans.

Une carte est également délivrée à chacun des ayants droit âgés de 14 ans et plus.

**Article 24 :** Les cartes d'assuré sont valables sur toute l'étendue du territoire national. Elles doivent être présentées à tout prestataire pour toute sollicitation de prestation de soins de santé à la charge du régime d'Assurance Maladie Obligatoire.

En cas de doute, le prestataire de soins de santé est en droit d'exiger, en plus de la carte, la présentation d'un titre d'identité du porteur de la carte.

**Article 25 :** En cas de vol ou perte, une demande d'établissement d'une nouvelle carte doit être adressée à l'organisme de gestion par l'assuré dans les 48 heures suivant la date de constatation du vol ou de la perte.

Pendant le délai d'établissement de la nouvelle carte, l'organisme de gestion délivre une attestation tenant lieu de carte d'assuré. Cette attestation contient les mêmes éléments d'identification que la carte initiale.

La nouvelle carte est délivrée contre restitution de l'attestation d'affiliation et paiement par l'assuré d'un montant forfaitaire fixé par le Conseil d'Administration de l'organisme de gestion.

**Article 26 :** La carte d'assuré est invalidée lorsque l'assuré cesse de remplir les conditions d'affiliation au régime d'Assurance Maladie Obligatoire et ne bénéficie plus des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire. Dans ce cas, l'ex-assuré est tenu de restituer à l'organisme de gestion dans un délai de huit jours, la carte d'assuré qui lui avait été délivrée ; faute de quoi, elle est annulée de plein droit.

**Article 27 :** Les cartes d'assuré non restituées font l'objet d'une opposition par l'organisme de gestion.

L'organisme de gestion inscrit sur une liste, destinée aux prestataires de santé, les numéros de cartes non restituées et faisant l'objet d'une opposition. Les modalités de mise à disposition de cette liste sont fixées par les conventions avec les prestataires de soins de santé.