

Référence à rappeler :

Tél. : 01.40.68.32.00

Fax : 01.40.68.33.63

email : affiliations.cotis@carmf.fr

Tout médecin qui exerce une activité médicale libérale, même minime, doit cotiser à la CAISSE AUTONOME DE RETRAITE DES MEDECINS DE FRANCE.

Pour nous permettre de déterminer si vous devez être ou non affilié à notre caisse, nous vous remercions de bien vouloir nous retourner dans le délai d'un mois la déclaration en vue d'affiliation ci-jointe après l'avoir remplie et faite contresigner par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

Si votre activité médicale libérale se limite à des remplacements vous pouvez demander une dispense totale d'affiliation à la CARMF pour 2021 à condition que le montant estimé de vos revenus nets d'activité indépendante ne dépasse pas un plafond fixé à 12 500 € pour 2021 et de ne pas être assujéti à la contribution économique territoriale – CET -. Dans ce cas il convient de compléter l'attestation sur l'honneur figurant au bas de la page 2 de la déclaration en vue de l'affiliation et de joindre ou d'adresser en temps opportun la copie de votre avis d'impôts sur le revenu de l'année dispensée dès que l'administration fiscale vous l'aura adressé. À noter toutefois que vous ne serez pas couvert contre le risque invalidité-décès et que la période durant laquelle vous aurez effectué des remplacements ne sera pas prise en compte pour le décompte des trimestres d'assurance au régime de base et le calcul de vos droits aux régimes de retraite.

Si vous estimez que vos revenus de remplacements sont ou seront inférieurs à 19 000 € bruts (environ 12 500 € nets), vous pouvez également opter pour le dispositif simplifié de déclaration des médecins remplaçants, en vous déclarant sur medecins-remplacants.urssaf.fr, téléservice mis en place par l'URSSAF, qui confirmera à la CARMF votre inscription et lui adressera ensuite le montant des cotisations concernées que vous aurez acquittées dans ce cadre (informations au 0806 804 209, sélectionner le choix 3). Si vous optez ou avez opté pour ce dispositif, il convient dans ce cas de nous l'indiquer en renseignant la rubrique figurant en page 4 de la déclaration en vue d'affiliation ci-jointe.

Si vous êtes étudiant en médecine titulaire d'une licence délivrée par le Conseil de l'Ordre des médecins effectuant des remplacements à titre libéral, il convient dans ce cas de retourner à la CARMF le document joint, l'affiliation étant obligatoire à compter du 1^{er} janvier 2021 ou au premier jour du trimestre civil qui suit le début de votre activité libérale.

TOURNEZ SVP

DEBUT D'ACTIVITE MEDICALE LIBERALE

LES DISPENSES AUTOMATIQUES DE COTISATIONS

- **Régime complémentaire vieillesse** si début d'activité avant l'âge de 40 ans.
Dispense de la totalité de la cotisation pendant les deux premières années d'affiliation.

COTISATIONS DUES DÈS LA PREMIÈRE ANNÉE D'AFFILIATION

- **Régime de base**

Les cotisations du régime de base dues au titre des deux premières années civiles d'affiliation sont calculées, **à titre provisionnel**, sur des revenus forfaitaires (réduits au prorata de la durée d'affiliation si celle-ci est inférieure à une année) :

- 1^{ère} année et 2^{ème} année civile d'affiliation = 19% du plafond annuel de la sécurité sociale (PSS)* au 1^{er} janvier de la première année d'activité, soit à titre indicatif **7 816 € en 2021**.

* Plafond annuel de Sécurité Sociale = 41 136 €

Les cotisations du régime de base feront l'objet d'une régularisation lorsque les revenus de l'année considérée seront définitivement connus.

Sur demande expresse aucune cotisation au **seul régime de base** ne sera exigée pendant les douze premiers mois d'affiliation. Pour présenter cette demande une rubrique a été prévue sur l'imprimé ci-joint. Le règlement de la cotisation définitive peut faire l'objet, sur nouvelle demande, d'un étalement sur cinq ans maximum sans majoration.

- **Régime des allocations supplémentaires de vieillesse (ASV)**

La cotisation ASV comprend une cotisation forfaitaire et une cotisation d'ajustement calculée sur le revenu conventionnel net de l'avant dernière année ; En 1^{ère} et 2^{ème} années civiles d'activité conventionnée la cotisation d'ajustement est assise sur les mêmes revenus forfaitaires applicables en premières années au régime de base.

La cotisation est due par les médecins conventionnés quel que soit le secteur conventionnel auquel ils appartiennent. Pour les médecins du secteur 1 (honoraires conventionnels), les organismes d'assurance maladie participent au financement de leur cotisation ASV.

Les médecins du secteur 2 (honoraires libres) prennent généralement en charge l'intégralité de cette cotisation.

Possibilité d'obtenir sur demande une dispense de la cotisation ASV si vos revenus d'activité indépendante 2019 sont inférieurs à 12 500 €. En cas de dispense vous ne paierez pas la cotisation et n'acquerez pas de points sur ce régime.

- **Régime invalidité-décès**

La cotisation du régime invalidité décès est pour partie fonction des revenus nets d'activité indépendante de l'avant dernière année.

Les prestations du régime invalidité-décès sont accordées aux médecins à jour de leurs cotisations.

Les garanties de ce régime sont acquises pour les maladies et accidents dans les conditions statutaires en vigueur.

1° SITUATION PROFESSIONNELLE

- **Vous êtes médecin** titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine

Date de Thèse : Diplôme d'Etat délivré le :

Par la faculté de : Date de la 1^{ère} inscription au Tableau de l'Ordre :

- **Vous êtes étudiant en médecine** et effectuez le remplacement d'un docteur en médecine à titre libéral.

Date d'autorisation : Délivrée par le Conseil Départemental de l'Ordre de :

Licence de remplacement N° :

L'affiliation à la CARMF est obligatoire à compter du 1er janvier 2021 ou au 1er jour du trimestre civil qui suit le début de votre exercice libéral si celui-ci intervient postérieurement.

2° ACTIVITE LIBERALE

Date précise de début de la première activité médicale libérale

REPLACEMENTS : (préciser la date de votre 1^{er} remplacement)

COLLABORATEUR LIBERAL :

INSTALLATION : REINSTALLATION :

POSITION A L'EGARD DE LA CONVENTION (joindre un exemplaire de vos feuilles de soins, en cas d'installation ou de collaboration)
(cocher la case correspondante)

Généraliste : } Secteur 1..... depuis le :
(honoraires conventionnels)

Spécialiste : } Secteur 2..... depuis le :
(honoraires libres)

Spécialité exercée :..... } Non conventionné..... depuis le :

Adresse de votre caisse primaire d'assurance maladie :

ACTIVITE NON SALARIEE EXERCEE

Exercice libéral ⁽¹⁾	Lieu(x) d'exercice ⁽²⁾	Période(s)	INSCRIPTION(S) AU TABLEAU DE L'ORDRE		
			dépt.	date	numéro
		du au			
		du au			
		du au			
		du au			
		du au			

(1) En cabinet, SCP, EURL, EIRL, Société d'exercice libéral (SELARL, SELAFA, SELAS, SELCA), expertises, vacations, médecine d'urgence, médecine thermique, secteur privé pour les médecins hospitaliers, collaboration libérale, remplacements et toutes activités rémunérées par des honoraires.

(2) Y compris dans l'espace économique européen et Suisse (si vous relevez de la législation d'un autre état membre que la France joindre le formulaire A1 - Certificat concernant la législation de sécurité sociale qui vous est applicable).

VOTRE ACTIVITE SE LIMITE OU S'EST LIMITEE A DES REMPLACEMENTS :

(Si vous optez ou avez opté pour le dispositif simplifié des médecins remplaçants, ne pas remplir les rubriques ci-dessous, cocher la case figurant en page 4 de ce questionnaire.)

Merci de nous préciser si vous avez été assujetti à la contribution économique territoriale:

- dans l'affirmative pour quelles années ?.....
- dans la négative si vous souhaitez être dispensé d'affiliation et que vos revenus estimés pour l'année ne dépassent pas 12 500 €, merci de remplir et de signer l'attestation sur l'honneur ci-dessous.

Je déclare sur l'honneur ne pas être assujetti à la contribution économique territoriale (CET) en tant que remplaçant et demande à être dispensé d'affiliation.

Fait à.....

Le.....

Signature

3° ACTIVITE MEDICALE SALARIEE (en cas d'activité mixte salariée/libérale remplir les tableaux 2° et 3°)

Lieu(x) d'exercice ⁽¹⁾	Nom et adresse de l'employeur	Date(s) d'emploi

(1) Y compris dans l'espace économique européen et Suisse (si vous relevez de la législation d'un autre état membre que la France joindre le formulaire A1 - Certificat concernant la législation de sécurité sociale qui vous est applicable).

Numéro de sécurité sociale :

4° ACTIVITE NON MEDICALE

Périodes	Profession(s) exercée(s)	Adresse professionnelle ou de l'employeur	Préciser l'activité (mettre une croix dans la case concernée)	
			principale	secondaire
du au			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du au			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du au			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5° PERIODE(S) DE NON ACTIVITE

du : au motif :

du : au motif :

6° PERIODE DE SERVICE MILITAIRE

du : au

en cas de réforme, préciser le motif :

7° ANTECEDENTS MEDICAUX

du : au :

du : au :

N.B. : Toute omission peut compromettre l'ouverture des droits en prévoyance

Partie réservée à la CARMF

TOURNEZ SVP

TRÈS IMPORTANT

Toute personne qui commence ou cesse d'exercer une profession libérale est tenue de le déclarer dans le délai d'un mois à la section professionnelle dont elle relève, en vue de son immatriculation ou de sa radiation. La date d'effet de l'immatriculation ou de la radiation est le premier jour du trimestre civil suivant le début ou la fin de l'activité professionnelle.

En conséquence, vous voudrez bien préciser votre activité actuelle :

Je déclare : (cocher la ou les case(s) correspondant à votre situation)

- exercer exclusivement la médecine libérale
- exercer simultanément une activité libérale et la médecine salariée.....
- exercer exclusivement la médecine salariée
- n'avoir aucune activité libérale de quelque nature que ce soit.....
- exercer en tant qu'associé professionnel dans une société d'exercice libéral :
 - SELARL (Société d'exercice libéral à responsabilité limitée).....
 - SELAFA (Société d'exercice libéral à forme anonyme).....
 - SELAS (Société d'exercice libéral par actions simplifiées).....
 - SELCA (Société d'exercice libéral en commandite par actions)
 - EURL (Entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée)
 - Société en participation.....
 - EIRL (Entrepreneur individuel à responsabilité limitée).....

JOINDRE UNE COPIE DES STATUTS DE LA SOCIETE

Je m'engage à signaler dans les 30 jours à la CARMF toute modification à ma situation telle qu'indiquée ci-dessus et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements communiqués, sachant que toute fausse déclaration ou omission pourrait faire obstacle à l'ouverture des droits prévus au régime invalidité-décès.

Si je remplis les conditions je demande à reporter le paiement de ma cotisation au seul régime de base due au titre des douze premiers mois d'affiliation

Je souhaite bénéficier de la dispense de la cotisation ASV (revenu de l'avant dernière année inférieur à 12 500 €) et recevoir un formulaire de demande

Je déclare avoir opté pour le dispositif simplifié des médecins remplaçants sur medecins-remplacants.urssaf.fr (cette rubrique ne concerne que les remplaçants)

à..... le.....

signature et cachet
du déclarant

à..... le.....

signature et cachet
du Conseil Départemental de l'Ordre

Conformément à la loi modifiée n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification pour les données à caractère personnel vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant au service cotisants de la CARMF.