

COT1AFFILI.alx

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 vos obligations vis-à-vis de 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 (sauf si vous êtes titulaire d'une licence de remplacements). Cette déclaration peut être effectuée de manière dématérialisée (cf. au dos).

Si votre activité médicale libérale se limite à des remplacements, de la régulation, des expertises, vous pouvez demander une dispense totale d'affiliation à la CARMF pour 2025 à condition que le montant estimé de vos revenus nets d'activité indépendante ne dépasse pas un plafond fixé à 15 000 € pour 2025 et de ne pas être assujetti 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. A noter toutefois que vous ne serez pas couvert contre le risque invalidité-décès et que la période durant laquelle vous aurez été dispensé d'affiliation 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 l'offre simplifiée dédiée aux 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 soit par retour de mail ou 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 également de retourner à la CARMF le document joint, l'affiliation étant obligatoire au premier jour du trimestre civil qui suit le début de votre activité libérale.

TOURNEZ SVP

DÉBUT D'ACTIVITÉ MÉDICALE LIBÉRALE

Afin de simplifier vos démarches, cette déclaration peut être effectuée de manière dématérialisée en créant votre espace personnel eCARMF : connectez-vous sur www.carmf.fr en vous munissant de votre numéro de Sécurité sociale, une adresse e-mail valide et votre numéro CARMF.

LES DISPENSES AUTOMATIQUES DE COTISATIONS

• <u>Régime complémentaire vieillesse</u> 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) :

- 1ère année et 2ème année civile d'affiliation = 19% du plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS)* au 1er janvier, soit à titre indicatif 8 949 € en 2025.
- * Plafond annuel de Sécurité sociale = 47 100 €

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 1ère et 2ème 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 2023 sont inférieurs à 15 000 €. En cas de dispense vous ne paierez pas la cotisation et n'acquerrez 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.



DÉCLARATION EN VUE DE L'AFFILIATION

A RENVOYER À LA CARMF APRÈS VISA DU PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'ORDRE

même si vous estimez ne pas devoir être affilié à la CARMF

Merci de remplir ce document en noir

Mac with		
	Merci de ne pas corriger l'enc	cadré ci-dessus
RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT	N° CARMF:	
NOM D'EXERCICE (en lettres capitales):		
Prénoms : NOM DE NAISSANCE :	NOM D'USAGE :	
Sexe: Date de naissance:	Nationalité : Lieu de naissance :	
N° d'immatriculation sécurité sociale :	Elea de Maissairee	
N° d'affiliation CARMF si vous avez déjà été affilié :		
iv d'affiliation CARIVIT si vous avez deja ete affilie.		
ADRESSE		
Adresse professionnelle: N° Nom de la voie		
Code Postal Commune		
1	able :	
Fax:		
Adresse personnelle : N°		
Téléphone:		
SITUATION FAMILIALE (cocher la case correspondan	à votre situation)	
Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e)	Séparé(e) de corps Rem	narié(e) Pacs
CONJOINT ACTUEL Nom de naissance :	Nom de naissance :	
Prénoms:	Prénoms :	
Né(e) le : à	Né(e) le :	à
Marié(e) le : à	Marié(e) le :	à
Pacte civil de solidarité du :	Profession:	
Profession:	Divorcé(e) le :	
	Décédé(e) le :	
NOMBRE D'ENFANTS : A remplir éventuellement		
Nom de naissance	Prénoms	Date de naissance
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7 .		

Γ

٦

1° SITUATION PROFESSIONNELLE

- vous etes mee	ecin titulaire du diplome d	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.					
	lacement N°:	Délivrée par le Conseil Départeme a compter du 1er janvier 2021 ou au 1er jo ent postérieurement.			
2° ACTIVITE LI	BERALE				
Date précise de dé	but de la première activité	é médicale libérale			
REMPLACEMENTS	: (préciser la date de votre 1 ^{er} re	emplacement)			
COLLABORATEUR	LIBERAL:				
INSTALLATION:		REINSTALLATION:			
POSITION A L'	EGARD DE LA CONVE	NTION (joindre un exemplaire de vos feuilles de	soins, en cas d'i	installation ou	de collaboration)
Généraliste :		(cocher la case correspondante)	iis le :		
Spécialiste :		Secteur 2 deprendent depren	iis le :		
Spécialité exercée	J	Non conventionné depu	iis le :		
Adresse de votre caisse primaire d'assurance maladie :					
	ACTIV	ITE NON SALARIEE EXERCEE			
Exercice libéral (1)	Lieu(x) d'exercice (2)	Période(s)		PTION(S) AU DE L'ORD date	RE
Exercice libéral (1)			inscrii dépt.		
Exercice libéral (1)		Période(s)		DE L'ORD	RE
Exercice libéral (1)		Période(s) du au du au du au		DE L'ORD	RE
	Lieu(x) d'exercice (2)	Période(s) du au du au du au du au du au du au	dépt.	date date	numéro
(1) En cabinet, SCP, médecine therma des honoraires. (2) Y compris dans l A1 - Certificat co	Lieu(x) d'exercice (2) EURL, EIRL, Société d'exercice le, secteur privé pour les médecir d'espace économique européen et ncernant la législation de sécurité (Si vous optez ou avez of le lieu le	Période(s) du au du au du au du au du au e libéral (SELARL, SELAFA, SELAS, SELCA), ex ns hospitaliers, collaboration libérale, remplacement Suisse (si vous relevez de la législation d'un autre é é sociale qui vous est applicable). EST LIMITEE A DES REMPLACEMENT pté pour l'offre simplifiée dédiée aux médi	dépt. dépt. pertises, vacatics et toutes activitat membre que	date ons, médecine rités rémunérée la France joir rION, EXPlaçants,	numéro d'urgence, es par adre le formulaire ERTISES:
(1) En cabinet, SCP, médecine therma des honoraires. (2) Y compris dans l A1 - Certificat co. VOTRE ACT ne p - dans l'affirmati	EURL, EIRL, Société d'exercice le, secteur privé pour les médecires respace économique européen et noernant la législation de sécurité (Si vous optez ou avez opas remplir les rubriques de Merci de nous préciser si ve pour quelles années ?:.	Période(s) du au du au du au du au du au e libéral (SELARL, SELAFA, SELAS, SELCA), ex ns hospitaliers, collaboration libérale, remplacement Suisse (si vous relevez de la législation d'un autre é é sociale qui vous est applicable). EST LIMITEE A DES REMPLACEMENT	dépt. pertises, vacatics et toutes activitat membre que S, REGULA' lecins remple de 4 de ce qui conomique te	DE L'ORD date ons, médecine rités rémunérée e la France joir FION, EXPI açants, estionnaire rritoriale:	d'urgence, es par endre le formulaire ERTISES:
(1) En cabinet, SCP, médecine therma des honoraires. (2) Y compris dans l A1 - Certificat con VOTRE ACT re p - dans l'affirmati - dans la négativ	Lieu(x) d'exercice (2) EURL, EIRL, Société d'exercice le, secteur privé pour les médecir d'espace économique européen et noernant la législation de sécurité (Si vous optez ou avez opas remplir les rubriques de pas remplir les rubriques de ve pour quelles années ?:ve si vous souhaitez être	du au e libéral (SELARL, SELAFA, SELAS, SELCA), ex ns hospitaliers, collaboration libérale, remplacement suisse (si vous relevez de la législation d'un autre é é sociale qui vous est applicable). EST LIMITEE A DES REMPLACEMENT puté pour l'offre simplifiée dédiée aux méa ci-dessous, cocher la case figurant en pag	dépt. pertises, vacations et toutes activitat membre que de ce que conomique te conomique te ce sestimés p	DE L'ORD date ons, médecine rités rémunérée e la France joir FION, EXPI açants, estionnaire rritoriale:	d'urgence, es par endre le formulaire ERTISES:
(1) En cabinet, SCP, médecine therma des honoraires. (2) Y compris dans l A1 - Certificat con VOTRE ACT re p - dans l'affirmati - dans la négativ	Lieu(x) d'exercice (2) EURL, EIRL, Société d'exercice le, secteur privé pour les médecir d'espace économique européen et noernant la législation de sécurité (Si vous optez ou avez opas remplir les rubriques de pas remplir les rubriques de ve pour quelles années ?: ve si vous souhaitez être nerci de remplir et de sig Je déclare sur	du au e libéral (SELARL, SELAFA, SELAS, SELCA), ex ns hospitaliers, collaboration libérale, remplacement sociale qui vous est applicable). EST LIMITEE A DES REMPLACEMENT pté pour l'offre simplifiée dédiée aux médici-dessous, cocher la case figurant en pag vous avez été assujetti à la contribution écondispensé d'affiliation et que vos revenuener l'attestation sur l'honneur ci-dessour l'honneur ne pas être assujetti à la contribution de l'honneur ne pas être assujetti à la contribution de l'honneur ne pas être assujetti à la contribution de l'honneur ne pas être assujetti à la contribution de l'honneur ne pas être assujetti à la contribution de l'honneur ne pas être assujetti à la contribution de l'honneur ne pas être assujetti à la contribution de l'honneur ne pas être assujetti à la contribution de l'honneur ne pas être assujetti à la contribution de l'honneur ci-dessour l'honneur ne pas être assujetti à la contribution de l'honneur ci-dessour l'honneur ci-dessour l'honneur ci-dessour l'honneur ne pas être assujetti à la contribution de l'honneur ci-dessour l'honneur ne pas être assujetti à la contribution de l'honneur ci-dessour l'honneur ne pas être assujetti à la contribution de l'honneur ci-dessour l'honne	dépt. pertises, vacations et toutes activitat membre que de la contribut de contri	DE L'ORD date date ons, médecine rités rémunérée e la France joir FION, EXP! açants, estionnaire. rritoriale: our l'année	d'urgence, es par endre le formulaire ERTISES:
(1) En cabinet, SCP, médecine therma des honoraires. (2) Y compris dans l A1 - Certificat con VOTRE ACT re p - dans l'affirmati - dans la négativ	Lieu(x) d'exercice (2) EURL, EIRL, Société d'exercice le, secteur privé pour les médecir d'espace économique européen et noernant la législation de sécurité (Si vous optez ou avez opas remplir les rubriques de pas remplir les rubriques de ve pour quelles années ?: ve si vous souhaitez être nerci de remplir et de sig Je déclare sur	du au e libéral (SELARL, SELAFA, SELAS, SELCA), ex ns hospitaliers, collaboration libérale, remplacement suisse (si vous relevez de la législation d'un autre é é sociale qui vous est applicable). EST LIMITEE A DES REMPLACEMENT epté pour l'offre simplifiée dédiée aux médici-dessous, cocher la case figurant en page vous avez été assujetti à la contribution écondispensé d'affiliation et que vos revenu gner l'attestation sur l'honneur ci-dessourier l'honneur ne pas être assujetti à la ritoriale (CET) et demande à être dispensé d'incretation sur l'honneur dispensé d'incretation sur l'honneur ci-dessourier l'attestation sur l'honneur ci-dessourier l'honneur ci-dessourier l'honneur ci-dessouri	dépt. pertises, vacations et toutes activitat membre que de la contribut de contri	DE L'ORD date date ons, médecine rités rémunérée e la France joir FION, EXP! açants, estionnaire. rritoriale: our l'année	d'urgence, es par endre le formulaire ERTISES:
(1) En cabinet, SCP, médecine therma des honoraires. (2) Y compris dans l A1 - Certificat con VOTRE ACT re p - dans l'affirmati - dans la négativ	Lieu(x) d'exercice (2) EURL, EIRL, Société d'exercice le, secteur privé pour les médecir d'espace économique européen et noernant la législation de sécurité (Si vous optez ou avez opas remplir les rubriques de pas remplir les rubriques de ve pour quelles années ?: ve si vous souhaitez être nerci de remplir et de sig Je déclare sur	du au e libéral (SELARL, SELAFA, SELAS, SELCA), ex ns hospitaliers, collaboration libérale, remplacement suisse (si vous relevez de la législation d'un autre é é sociale qui vous est applicable). EST LIMITEE A DES REMPLACEMENT puté pour l'offre simplifiée dédiée aux méaci-dessous, cocher la case figurant en page yous avez été assujetti à la contribution écondispensé d'affiliation et que vos revenuent l'attestation sur l'honneur ci-dessour l'honneur ne pas être assujetti à la ritoriale (CET) et demande à être dispensé Fait à	dépt. pertises, vacations et toutes activitat membre que de la contribut de contri	DE L'ORD date date ons, médecine rités rémunérée e la France joir FION, EXP! açants, estionnaire. rritoriale: our l'année	d'urgence, es par endre le formulaire ERTISES:
(1) En cabinet, SCP, médecine therma des honoraires. (2) Y compris dans l A1 - Certificat con VOTRE ACT re p - dans l'affirmati - dans la négativ	Lieu(x) d'exercice (2) EURL, EIRL, Société d'exercice le, secteur privé pour les médecir d'espace économique européen et noernant la législation de sécurité (Si vous optez ou avez opas remplir les rubriques de pas remplir les rubriques de ve pour quelles années ?: ve si vous souhaitez être nerci de remplir et de sig Je déclare sur	du au e libéral (SELARL, SELAFA, SELAS, SELCA), ex ns hospitaliers, collaboration libérale, remplacement sociale qui vous est applicable). EST LIMITEE A DES REMPLACEMENT pré pour l'offre simplifiée dédiée aux médici-dessous, cocher la case figurant en page yous avez été assujetti à la contribution écondispensé d'affiliation et que vos revenus ener l'attestation sur l'honneur ci-dessour l'honneur ne pas être assujetti à la critoriale (CET) et demande à être dispensé Fait à	dépt. pertises, vacations et toutes activitat membre que de la contribut de contri	DE L'ORD date date ons, médecine rités rémunérée e la France joir FION, EXP! açants, estionnaire. rritoriale: our l'année	d'urgence, es par endre le formulaire ERTISES:
(1) En cabinet, SCP, médecine therma des honoraires. (2) Y compris dans l A1 - Certificat con VOTRE ACT re p - dans l'affirmati - dans la négativ	Lieu(x) d'exercice (2) EURL, EIRL, Société d'exercice le, secteur privé pour les médecir d'espace économique européen et noernant la législation de sécurité (Si vous optez ou avez opas remplir les rubriques de pas remplir les rubriques de ve pour quelles années ?: ve si vous souhaitez être nerci de remplir et de sig Je déclare sur	du au e libéral (SELARL, SELAFA, SELAS, SELCA), ex ns hospitaliers, collaboration libérale, remplacement suisse (si vous relevez de la législation d'un autre é é sociale qui vous est applicable). EST LIMITEE A DES REMPLACEMENT puté pour l'offre simplifiée dédiée aux méaci-dessous, cocher la case figurant en page yous avez été assujetti à la contribution écondispensé d'affiliation et que vos revenuent l'attestation sur l'honneur ci-dessour l'honneur ne pas être assujetti à la ritoriale (CET) et demande à être dispensé Fait à	dépt. pertises, vacations et toutes activitat membre que de la contribut de contri	DE L'ORD date date ons, médecine rités rémunérée e la France joir FION, EXP! açants, estionnaire. rritoriale: our l'année	d'urgence, es par endre le formulaire ERTISES:

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

Lieu(x) d'exercice (1)	Non	Nom et adresse de l'employeur		Date(s) d'emploi	
Y compris dans l'espace économ le formulaire A1 - Certificat con	nique européen et Suisse (si vous r neernant la législation de sécurité	relevez de la législation d'un autre état membre q sociale qui vous est applicable).	ue la France joind	re	
uméro de sécurité sociale :					
° <u>ACTIVITE NON MEDIC</u> A	ALE				
	Profession(s)	A drassa professionnella ou de	Préciser l'activité (mettre une croix dans la		
Périodes	Profession(s) exercée(s)	Adresse professionnelle ou de l'employeur	case concernée)		
			principale	secondaire	
u au			L		
lu au					
u au					
		motif :			
u			•••••	••••••	
6° <u>PERIODE DE SERVICE</u>	<u>MILITAIRE</u>				
u:au.					
n cas de réforme, préciser le m	otif:				
ANTECEDENTS MEDIC	AUX				
u :		au :			
a :		au :			
.B. : Toute omission peut con	npromettre l'ouverture des	droits en prévoyance			
	Partie réservée à la CARI	ME			
	Tattle leservee a la CARI	VII			

3



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) c	correspondant à votre situation)
• exercer exclusivement la médecine lib	bérale
• exercer simultanément une activité lib	pérale et la médecine salariée
• exercer exclusivement la médecine sa	ılariée
• n'avoir aucune activité libérale de que	elque nature que ce soit
- SELAFA (Société d'exercice libéral à formation - SELAS (Société d'exercice libéral par act - SELCA (Société d'exercice libéral en con - EURL (Entreprise unipersonnelle à responsaire en participation - EIRL (Entrepreneur individuel à responsaire et l'exercice libéral par act - Société en participation - EIRL (Entrepreneur individuel à responsaire et l'exercice libéral à formation et l'exercice libéral par act - SELAS (Société d'exercice libéral par act - SELAS (Société d'exerc	nel dans une société d'exercice libéral : ponsabilité limitée)
	INE COPIE DES STATUTS DE LA SOCIETE
déclaration ou omission pourrait faire obstacle Si je remplis les conditions je demande à report	des renseignements communiqués, sachant que toute fausse à l'ouverture des droits prévus au régime invalidité-décès. ter le paiement de ma cotisation au seul régime de litation
Je souhaite bénéficier de la dispense de la c	cotisation ASV (revenu de l'avant dernière année de demande
	plifiée dédiée aux médecins remplaçants sur ne concerne que les <u>remplaçants</u>)
à le Signature et cachet du déclarant	(Ne concerne pas les étudiants sous licence de remplacements) à

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.