

COT1AFFILI.alx

Référence à rappeler :

Tél. : 01.40.68.32.00

Fax : 01.40.68.33.63

email : affiliations.cotis@carmf.fr

Docteur,

Vous commencez ou avez commencé une activité libérale, bienvenu(e) à la Caisse Autonome de Retraite des médecins de France (CARMF). En effet, tout médecin qui exerce une activité médicale libérale, même minimale, doit en informer la CARMF.

Pour nous permettre de déterminer vos obligations d'affiliation 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. Cette déclaration peut être effectuée de manière dématérialisée (cf. au dos).

Si votre activité médicale libérale se limite à des remplacements, de la régulation, ou à 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 assujéti à la contribution économique territoriale – CET -. Dans ce cas il convient de le demander à la rubrique 4 sur 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 CARMF.

D'autre part, si vous estimez que vos revenus de remplacements et/ou de régulations 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 dans la rubrique prévue à cet effet figurant sur la déclaration en vue d'affiliation ci-jointe.

Enfin, 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, vous devez également nous retourner le document ci-joint dûment complété.

Nous vous précisons qu'en cas d'affiliation obligatoire, celle-ci sera prononcée 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

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 (PASS)* au 1^{er} janvier, soit à titre indicatif sur un revenu forfaitaire de 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 « 6) REPORT/ DISPENSE » 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 en charge l'intégralité de cette cotisation.

- Possibilité d'obtenir en cochant la case à la rubrique « 6) REPORT/DISPENSE » de l'imprimé ci-joint, une dispense de la cotisation ASV si vos revenus nets 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.

À renvoyer à la CARMF
même si vous estimez ne pas
devoir être affilié à la CARMF
(Document à remplir en noir)

Merci de ne pas corriger l'encadré ci-dessus

1) ÉTAT CIVIL

Nom d'exercice (en lettres capitales) N° CARMF
Prénom(s) Nom de naissance
Sexe Homme Femme Nationalité
Date de naissance / / Pays de naissance
N° d'immatriculation Sécurité sociale

2) ADRESSES**Professionnelle :**

Code Postal Commune

Personnelle :

Code Postal Commune

Téléphone E-mail

3) SITUATION PROFESSIONNELLE**Je suis : Médecin** titulaire du diplôme d'État de docteur en médecineDate de thèse / / Date de la 1^{ère} inscription au Tableau de l'Ordre / /**Étudiant** en médecine et j'effectue des remplacements à titre libéral.

Date d'autorisation / / Délivrée par le Conseil départemental de l'Ordre de

Je suis adhérent(e) à l'offre simplifiée (RSPM) dédiée aux médecins remplaçants auprès de l'URSSAF, depuis le : / /

Je peux opter pour l'offre simplifiée pour les médecins remplaçants ou régulateurs, si les revenus générés par mon activité de remplacement ou régulation n'excèdent pas le plafond fixé à 19 000 € d'honoraires bruts par an. L'ensemble des charges sociales, y compris celles de la CARMF, sont recouvrées alors par l'URSSAF via le téléservice mis en place sur www.medecins-remplacants.urssaf.fr

En cas d'adhésion au RSPM, il est inutile de remplir les rubriques 4) à 6), sauf en cas de sortie de ce dispositif.**4) ACTIVITÉ LIBÉRALE**L'affiliation obligatoire à la CARMF est prononcée au 1^{er} jour du trimestre civil qui suit le début de votre exercice libéral.

Date de la première activité médicale libérale / /

Remplacements (préciser la date de votre 1^{er} remplacement) / /

Collaborateur libéral / / Installation / / Autres (conseil, expertises,...) / /

Position à l'égard de la convention (joindre un exemplaire de vos feuilles de soins, en cas d'installation ou de collaboration)
(cocher la case correspondante)

Généraliste	Spécialiste	Secteur 1 (honoraires conventionnels)	depuis le	/ /
Spécialité exercée		Secteur 2 (honoraires libres)	depuis le	/ /
		Non conventionné	depuis le	/ /

4) ACTIVITÉ LIBÉRALE (suite)

Activité médicale libérale actuelle

Exercice libéral ⁽¹⁾	Lieu(x) d'exercice ⁽²⁾	Période(s)	
		du	au
		/ /	/ /
		/ /	/ /

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

Mon activité se limite ou s'est limitée à des **remplacements, régulation, expertises.**

Je suis assujéti à la contribution économique territoriale :

Oui Pour les années

Non, et je souhaite être dispensé d'affiliation car mes revenus estimés pour l'année ne dépassent pas 15 000 €.

5) ACTIVITÉ MÉDICALE SALARIÉE (en cas d'activité mixte salariée et/ou libérale)

Activité médicale salariée actuelle

Lieu(x) d'exercice ⁽²⁾	Nom et adresse de l'employeur	Date(s) d'emploi
		/ /
		/ /

(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, disponible sur le site de l'URSSAF - Certificat concernant la législation de sécurité sociale qui vous est applicable).

6) REPORT / DISPENSE

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 net de l'avant dernière année inférieur à 15 000 €) et recevoir un formulaire de demande.

7) TYPES D'ACTIVITÉ (à renseigner dans toutes les situations, RSPM compris)

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.

Je déclare exercer actuellement une activité médicale (cocher la ou les case(s) correspondant à votre situation) :

- libéral Oui Non

- salarié Oui Non

- en tant qu'associé professionnel dans une société d'exercice libéral (joindre une copie des statuts de la société):

SELARL SELAFA SELAS SELCA EURL Société en participation EIRL SAS

Je m'engage à signaler dans les 30 jours à la CARMF toute modification de ma situation professionnelle telle qu'indiquée ci-dessus, ainsi que toutes modifications liées à mon état civil (*mariage, divorce, naissance d'enfants,...*), 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.

Fait à :

Le : / /

Signature du déclarant

Les médecins doivent informer leur Ordre et la CARMF de tout changement d'activité.

Nous échangerons automatiquement avec votre conseil de l'ordre pour s'assurer que les informations déclarées sont bien enregistrées auprès de celui-ci.