

DÉCLARATION EN VUE DE L'AFFILIATION

A RENVoyer À LA CAR MF APRES VISA DU PRÉSIDENT
DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'ORDRE
même si vous estimez ne pas devoir être affilié à la CAR MF

Merci de compléter en noir

Merci de ne pas corriger l'encadré ci-dessus

RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT

NOM D'EXERCICE (en lettres capitales) :

Prénoms :

NOM DE JEUNE FILLE :

Sexe :

Date de naissance : | | | | | | | |

NOM MARITAL :

Nationalité :

Lieu de naissance :

N° d'immatriculation sécurité sociale : | | | | | | | | | | |

N° d'affiliation CAR MF si vous avez déjà été affilié : | | | | | | | |

ADRESSE

Adresse professionnelle : N° Nom de la voie

Code Postal | | | | | | | | Commune

Téléphone : professionnel : | | | | | | | | | | personnel : | | | | | | | | | | portable : | | | | | | | | | |

Fax : E-mail :

Adresse personnelle : N° Nom de la voie

Code Postal | | | | | | | | Commune

SITUATION FAMILIALE

(cocher la case correspondant à votre situation)

Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e) de corps Remarié(e) Pacs

CONJOINT ACTUEL

Nom de naissance :

Prénoms :

Né(e) le : | | | | | | | | à

Marié(e) le : | | | | | | | | à

Profession :

CONJOINT PRECEDENT

Nom de naissance :

Prénoms :

Né(e) le : | | | | | | | | à

Marié(e) le : | | | | | | | | à

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.	
8.	

SITUATION PROFESSIONNELLE

Date de Thèse : _____ Diplôme d’Etat délivré le : _____

Par la faculté de : Spécialité :

Date de la 1^{ère} inscription au Tableau de l’Ordre : _____

1° ACTIVITE MEDICALE LIBERALE DEPUIS L’OBTENTION DU DIPLÔME ET L’INSCRIPTION AU TABLEAU DE L’ORDRE

Date précise de début de la première activité médicale libérale : _____

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

INSTALLATION : _____ REINSTALLATION : _____

POSITION A L’EGARD DE LA CONVENTION (merci de joindre si possible un exemplaire de vos feuilles de soins) (cocher la case correspondante)

Médecin généraliste :	<input type="checkbox"/>	}	Secteur 1..... <input type="checkbox"/>	depuis le :	_____	
			(honoraires conventionnels)			
Médecin spécialiste :	<input type="checkbox"/>		Adhérent à un contrat..... <input type="checkbox"/>	depuis le :	_____	
			de bonne pratique(*)			
Spécialité exercée :		Secteur 2 <input type="checkbox"/>	depuis le :	_____	
			(honoraires libres)			
			Non conventionné..... <input type="checkbox"/>	depuis le :	_____	

(*) (prévu à l’article L.162-12-18 du code de la sécurité sociale)

Adresse de votre caisse primaire d’assurance maladie :

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			
		du au			

(1) En cabinet, en SCP, en Société d’exercice libéral (SELARL, SELAFA, SELAS, SELCA), expertises, vacations, médecine d’urgence, médecine thermale, secteur privé pour les médecins hospitaliers, 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 l’imprimé E.101).

Si votre activité se limite ou s’est limitée à des remplacements, merci de nous préciser si vous avez été assujetti à la taxe professionnelle :
 - dans l’affirmative, pour quelles années ? :

- dans la négative et si vous souhaitez être dispensé d’affiliation, merci de remplir et de signer l’attestation sur l’honneur ci-dessous.

Je déclare sur l’honneur ne pas être assujetti à la taxe professionnelle en tant que médecin remplaçant et demande à être dispensé d’affiliation.

Fait à

le

signature

2° ACTIVITE MEDICALE SALARIEE (en cas d'activité mixte salariée/libérale remplir les tableaux 1° et 2°)

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

Numéro de sécurité sociale :

3° 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				
du au				
du au				

4° PERIODE(S) DE NON ACTIVITE

du : au motif :

du : au motif :

5° PERIODE DE SERVICE MILITAIRE

du : au

en cas de réforme, préciser le motif :

6° PERIODE(S) DE MALADIE

du : au

du : au

TRÈS IMPORTANT

Article R. 643-1 du code de la sécurité sociale

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 application de ce texte, 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 la médecine libérale et la médecine salariée.....
- exercer exclusivement la médecine salariée
- n'avoir aucune activité médicale de quelque nature que ce soit.....
- exercer dans une société d'exercice libéral :
 - SELARL (Société d'exercice libéral à responsabilité limitée).....
 - SELAFA (Société d'exercice libéral à forme anonyme).....
 - SELCA (Société d'exercice libéral en commandite par actions)
 - EURL (Entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée).....
 - Société en participation.....

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.

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

à..... le.....

signature et cachet
du médecin

à..... le.....

signature et cachet
du Conseil Départemental de l'Ordre



**Caisse Autonome de Retraite
des Médecins de France**

46 rue Saint-Ferdinand - 75841 PARIS CEDEX 17

Tel. 01 40 68 32 00 – Fax. 01 40 68 33 73

Serveur vocal. 01 40 68 33 72

Internet <http://www.carmf.fr>

Docteur,

Tout médecin sans distinction de nationalité, qui exerce une activité médicale libérale, si minime soit-elle, sur le territoire français ou dans les départements d'Outre-mer doit être obligatoirement affilié à la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France même s'il occupe par ailleurs un emploi salarié.

Pour nous permettre de déterminer si vous devrez 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 fait contresigner par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

Merci de nous fournir des renseignements très précis concernant votre installation (date et lieu, mode d'exercice, spécialité), de nous indiquer si vous êtes conventionné et dans l'affirmative le secteur conventionnel choisi (Secteur 1 : honoraires conventionnels – Secteur 2 : honoraires libres) en joignant si possible à votre déclaration un exemplaire biffé de votre feuille de soins.

Si votre activité médicale libérale se limite à des remplacements, vous avez la possibilité de demander une dispense d'affiliation à condition de remplir l'attestation sur l'honneur de non assujettissement à la taxe professionnelle.

Des réductions de cotisations sont automatiquement accordées lorsque le médecin commence l'exercice libéral avant l'âge de 40 ans (voir au verso).

Veillez agréer, Docteur, l'expression de nos sentiments distingués.

Le Directeur

Henri CHAFFIOTTE

DÉBUT D'ACTIVITÉ MÉDICALE LIBÉRALE

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.
- **Régime allocation de remplacement de revenu** (ADR)
 - 1^{ère} année d'affiliation : exemption de la totalité de la cotisation
 - 2^{ème} année d'affiliation : la cotisation est calculée sur le quart du plafond annuel de sécurité sociale au 1^{er} janvier de l'année considérée.
 - 3^{ème} année d'affiliation : la cotisation est calculée sur la moitié du plafond annuel de sécurité sociale au 1^{er} janvier de l'année considérée.

COTISATIONS DUES DÈS LA PREMIÈRE ANNÉE D'AFFILIATION

- **Régime de base**

A partir de 2004, les cotisations dues au titre des deux premières années **civiles** d'activité sont calculées à titre **provisionnel** sur un revenu forfaitaire égal à :

- 1^{ère} année civile = 18 fois la base mensuelle de calcul des prestations familiales (BMAF)
- 2^{ème} année civile = 27 fois la base mensuelle de calcul des prestations familiales (BMAF).

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 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.

- **Régime invalidité-décès**

La cotisation est forfaitaire.

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.