



Caisse Autonome de Retraite
des Médecins de France

46, rue Saint-Ferdinand - 75841 Paris Cedex 17

Tél. 01 40 68 32 00 Fax 01 40 68 33 73 Serveur vocal 01 40 68 33 72 Internet <http://www.carmf.fr> E.mail carmf@carmf.fr

Réception du lundi au vendredi de 9 h 15 à 16 h 30

COT1AFFILI.alk

Référence à rappeler :
(AFF) / EM

Paris, le 25/09/2019

798250 W

Dossier suivi par :

MME MELINA EBBA

DR ANTONIO MARCELINO LEAL
POLE SANTE PARIS EST
188 GRANDE RUE CHARLES
DE GAULLE
94130 NOGENT SUR MARNE

affiliations.cotis@carmf.fr

Docteur,

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.

Merci de nous fournir des renseignements très précis concernant votre activité médicale non salariée (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 à votre déclaration un exemplaire biffé de votre feuille de soins.

Si votre activité médicale libérale se limite à des remplacements vous pouvez demander une dispense totale d'affiliation à la CARMF pour 2019 à condition que le montant estimé de vos revenus nets d'activité indépendante ne dépasse pas un plafond fixé à 12 500 € pour 2019 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.

Toutefois, nous tenons à vous préciser que, la période durant laquelle vous aurez effectué des remplacements sans avoir demandé votre affiliation à notre organisme, ne sera jamais prise en compte pour le décompte des trimestres d'assurance au régime de base et le calcul de vos droits aux régimes de retraite.

Les étudiants en médecine titulaires d'une licence délivrée par le Conseil de l'Ordre des médecins qui effectuent des remplacements à titre libéral n'ont pas à cotiser à la CARMF en 2018 et 2019 (lettre de Madame la Ministre des Solidarités et de la santé du 3 mai 2018 et du 12 décembre 2018). Si vous êtes dans cette situation, il convient dans ce cas de retourner à la CARMF le document joint en indiquant votre situation.

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

LE DIRECTEUR

TOURNEZ SVP

25 09 2019 EM

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

DR ANTONIO MARCELINO LEAL
POLE SANTE PARIS EST
188 GRANDE RUE CHARLES
DE GAULLE
94130 NOGENT SUR MARNE

Merci de remplir ce document en noir

Merci de ne pas corriger l'encadré ci-dessus

RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT

N° CARMF : 798250 W

NOM D'EXERCICE (en lettres capitales) :

Prénoms :

NOM DE NAISSANCE :

Sexe :

Date de naissance :

NOM D'USAGE :

Nationalité :

Lieu de naissance :

N° d'immatriculation sécurité sociale :

N° d'affiliation CARMF si vous avez déjà été affilié :

ADRESSE

Adresse professionnelle : N° Nom de la voie

Code Postal Commune

Téléphone : portable :

Fax : E-mail :

Adresse personnelle : N° Nom de la voie

Code Postal Commune

Téléphone :

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

Pacte civil de solidarité du :

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. ....	.....	.....

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 : Spécialité :

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° :

Si vous êtes dans cette situation, vous n'avez pas à cotiser à la CARMF en 2018 et 2019.

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 (merci de joindre si possible un exemplaire de vos feuilles de soins, en cas d'installation/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).

Si votre activité se limite ou s'est limitée à des remplacements, 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

Si vous souhaitez bénéficier d'une dispense de la cotisation ASV (revenu de l'avant dernière année inférieur à 12 500 €) et recevoir un formulaire de demande, veuillez cocher la case

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



Caisse Autonome de Retraite
des Médecins de France
46 rue Saint-Ferdinand - 75841 PARIS CEDEX 17

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 du seul régime de base due au titre des douze premiers mois d'affiliation.....

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.