



Identification

Siret 811445410 00012
Adresse de l'établissement
CTN II
Section 01
Code risque 851GA
Libellé du code risque Cabinets d'auxiliaires médicaux

Vos contacts

CAISSE REGIONALE D'ASSURANCE MALADIE D'ILE DE FRANCE
17-19 AVE DE FLANDRE
75954 PARIS CEDEX 19

Pour nous appeler

Accueil : 0140053264

Risques professionnels : 01 40 05 33 48

UF : A040004

**CRAM ILE DE FRANCE 17-19 AVE DE FLANDRE
75954 PARIS CEDEX 19**

0129300753 484093 100
eco'pli CI 1505 13.01.17 14 BASSE NORMANDIE PIC

**SASU SOPHROKHEPRI
188 GR CHARLES DE GAULLE
94130 NOGENT SUR MARNE**

**LE
COMPTE
AT/MP**
>>

le moyen le plus pro de gérer vos risques pros
www.net-entreprises.fr



Le 01/01/2017

Objet : Notification de votre taux de cotisation AT/MP

Madame, Monsieur,

Les accidents du travail, de trajet et les maladies professionnelles sont assurés collectivement par les entreprises. Ces cotisations indemnisent les salariés victimes d'un accident du travail, de trajet ou d'une maladie professionnelle. Le taux annuel de cotisation est donc fixé en fonction du risque que présente l'activité de chacune des entreprises cotisantes.

Le taux de cotisation pour la section 01 de votre établissement - SIRET n° 811445410 00012 - classé sous le code risque 851GA **est fixé à 2,40 % à effet du 01/01/2017.**

Votre taux est celui de votre secteur d'activité. Les taux collectifs sont fixés chaque année par arrêté ministériel. Sachez que vous disposez de **l'ensemble de ces informations sur votre Compte AT/MP** sur net-entreprises.fr.

Cette cotisation est payable à l'Urssaf dont dépend votre établissement.

Conservez ce courrier de notification de votre taux et donnez une copie à votre comptable s'il établit pour vous les déclarations sociales.

Toute évolution de votre activité entraînant une aggravation des risques encourus par vos salariés doit nous être déclarée (article L 242-5 du code de la Sécurité Sociale). Si l'activité décrite par votre numéro de risque ne correspond pas à celle exercée par vos salariés, je vous invite à nous contacter aux numéros indiqués sur ce courrier pour faire le point de votre situation.

Le Directeur de la Tarification,
des Affaires Sanitaires et Sociales
et du Handicap

Sabine DE BROCHE

Conformément aux articles 34 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès aux informations vous concernant. Pour exercer ce droit, adressez-vous à votre Carsat ou à la Cram pour la région Ile de France.

Possibilité de recours - formes et délais (art. R.143-21 du code de la Sécurité sociale)

Recours gracieux

Il doit être formé auprès de votre caisse dans un délai de 2 mois, à compter de la date de réception de la présente notification, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Recours contentieux

Le recours, établi en triple exemplaire, doit être formé dans le délai de 2 mois à compter :

- de la date de rejet explicite
- de la date de rejet implicite (le recours gracieux n'a pas fait l'objet d'une décision de la caisse 2 mois après son introduction)
- de la date de réception de la présente notification.

Par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée au secrétariat de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'Assurance des accidents du travail (CNITAAT) - section tarification - Immeuble Oxygène - 80 rue de la Vallée - CS52617 - 80 000 Amiens.

Dans le même délai de 2 mois, les mémoires justificatifs établis également en triple exemplaire doivent être adressés à ladite Cour.

Procédure gratuite, sauf cas prévus à l'article R 144-10 du code de la Sécurité Sociale, notamment en cas de recours jugé dilatoire ou abusif.