

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE – LILLE 2

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2012

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

LA PREVOYANCE MEDICALE

Présentée et soutenue publiquement le 06 décembre 2012

Par Sandrine Sequeira

Jury

Président : Monsieur le Professeur R. GLANTENET

Asseseurs : Monsieur le Professeur P. FRIMAT
Monsieur le Professeur J.-M. LEFEBVRE
Monsieur le Docteur Y. DECALF
Monsieur le Docteur E. LOUIS

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pierre LECLUSE

SOMMAIRE

SOMMAIRE

TABLE DES SIGLES.....	18
INTRODUCTION.....	20
1. PREMIERE PARTIE : LE SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE EN FRANCE.....	22
1.1. HISTORIQUE.....	22
1.1.1 Avant 1945 : les premiers signes de socialisation des risques et la création des « Assurances Sociales ».....	22
1.1.2 Création de la Sécurité Sociale : le « plan » de 1945 mis en œuvre par Pierre Laroque.....	23
1.1.3. Les évolutions du système de Sécurité Sociale français depuis le « plan » de 1945.....	24
1.2. LE FONCTIONNEMENT.....	29
1.2.1. Branche maladie, maternité, invalidité, décès.....	31
1.2.1.1. Assurance maladie, maternité, paternité.....	31
1.2.1.1.1. Assurance maladie.....	31
1.2.1.1.1.1. Prestations en nature.....	32
1.2.1.1.1.2 Prestations en espèces.....	35
1.2.1.1.2. Assurance maternité et congé de paternité.....	36
1.2.1.1.2.1. Prestations en nature.....	36
1.2.1.1.2.2. Prestations en espèces.....	37
1.2.1.1.2.3. Protection pendant la maternité.....	37
1.2.1.1.2.4. Congé de paternité.....	38
1.2.1.2. Assurance invalidité.....	39
1.2.1.3. Assurance décès.....	39
1.2.2. Branche accident du travail et maladies professionnelles.....	40
1.2.3. Branche Famille : prestations familiales.....	41
1.2.4. Branche vieillesse : Assurance vieillesse.....	44
1.2.4.1. Calcul de la pension.....	45
1.2.4.2. Le minimum vieillesse.....	45
1.2.4.3. Les prestations versées aux conjoints veufs.....	45
1.3. LE FINANCEMENT.....	46

2. DEUXIEME PARTIE : LA PROTECTION SOCIALE DU MEDECIN GENERALISTE LIBERAL EN 2012	47
2.1. LES COTISATIONS OBLIGATOIRES	47
2.1.1. Liées à l'URSSAF*	47
2.1.1.1. Immatriculation	47
2.1.1.2. Rôle de l'URSSAF*	48
2.1.1.3. Les cotisations	49
2.1.1.3.1. Calcul des cotisations	49
2.1.1.3.2. Le taux des cotisations	50
2.1.1.3.3. Le règlement des cotisations	51
2.1.1.3.4. Comment déclarer les revenus professionnels ?	52
2.1.1.3.5. Les prestations versées	52
2.1.2. Liées à l'Assurance Maladie	53
2.1.2.1. L'affiliation	53
2.1.2.2. Le calcul des cotisations	53
2.1.2.3. Les prestations dues	54
2.1.2.3.1. Les soins médicaux	56
2.1.2.3.2. La maternité	57
2.1.2.3.3. La paternité	59
2.1.2.3.4. En cas de décès	60
2.1.3. Liées à la CARMF*	60
2.1.3.1. L'affiliation	60
2.1.3.2. Rôle de la CARMF*	62
2.1.3.3. Les cotisations	63
2.1.3.3.1. Le calcul des cotisations	64
2.1.3.3.2. Comment déclarer les revenus professionnels ?	71
2.1.3.3.3. Le paiement des cotisations	71
2.1.3.3.4. Les réductions des cotisations	71
2.1.3.3.5. Exonérations pour raison de santé	72
2.1.3.3.6. Les dispenses en fin de carrière	73
2.1.3.4. Les prestations versées	74
2.1.3.4.1. L'incapacité temporaire de travail	74
2.1.3.4.2. L'invalidité définitive	76
2.1.3.4.3. Le décès	79

2.1.3.4.3.1. L'indemnité immédiate.....	79
2.1.3.4.3.2. La rente temporaire.....	80
2.1.3.5. La pension de réversion.....	82
2.1.3.6. Le fond d'action sociale de la CARMF*	83
2.1.3.7. Le calcul de la retraite.....	84
2.1.3.8. Comparaison entre la retraite des médecins et celle des salariés du secteur privé....	86
2.1.3.9. Le cumul retraite et activité libérale.....	86
2.1.3.10. La réforme de l'ASV	87
2.2. SOUSCRIRE A UNE ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE ET PROFESSIONNELLE.....	89
2.3. LES AUTRES CONTRATS A SOUSCRIRE.....	90
2.3.1. Le contrat d'assurance véhicule.....	90
2.3.2. Contrat d'assurance du local et du matériel professionnel.....	91
2.3.2.1. Principes et objectifs.....	91
2.3.2.2. Quelles garanties ?.....	91
2.3.2.3. Ce qu'il faut retenir.....	92
2.3.3. Contrat de prévoyance perte d'exploitation.....	92
3. TROISIEME PARTIE : LES COTISATIONS FACULTATIVES.....	93
3.1. L'assurance complémentaire maladie.....	94
3.2. La couverture complémentaire au régime de prévoyance CARMF*	95
3.3. Les assurances vie.....	98
3.4. La loi Madelin et la retraite = CAPIMED.....	98
TABLEAU RECAPITULATIF: LES INFORMATIONS IMPORTANTES A CONNAITRE LORS DE LA PREMIERE INSTALLATION EN MILIEU LIBERAL.....	100
CONCLUSION.....	102
BIBLIOGRAPHIE.....	105

ANNEXES.....	111
ANNEXE 1 : Formulaire de déclaration de choix de médecin traitant.....	112
ANNEXE 2 : Formulaire protocole de soins.....	113
ANNEXE 3 : Formulaire arrêt de travail.....	114
ANNEXE 4 : Formulaire de déclaration de grossesse.....	115
ANNEXE 5 : Formulaire accident de travail et maladies professionnelles.....	116
ANNEXE 6 : Tableau récapitulatif des prestations familiales.....	117
ANNEXE 7 : URSSAF* : Déclaration des revenus professionnels des praticiens des auxiliaires conventionnés.....	119
ANNEXE 8 : CPAM* : Formulaire de demande d'admission à l'assurance volontaire d' accident du travail et des maladies professionnelles.....	120
ANNEXE 9 : Les adresses utiles et les sites internet concernant la prévoyance des médecins généralistes libéraux.....	121
ANNEXE 10 : questionnaire à remplir en vue de l'inscription au tableau de l'ordre des médecins.....	123

AVANT-PROPOS

AVANT-PROPOS

Chaque sigle contenu dans cet ouvrage est suivi d'un astérisque * et sera répertorié au sein de cette table afin de faciliter la lecture.

Table des sigles

▪ AGIRC	Association Générale des Institutions de Retraite complémentaire des cadres.
▪ ALD	Affection de Longue Durée.
▪ AGMF-GPM	Association Générale des Médecins de France-Groupe Pasteur Mutualité.
▪ AME	Aide Médicale de l'Etat.
▪ ANAES	Agence nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.
▪ APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie.
▪ A.R.A.P.L.	Associations Régionales Agréées de l'Union des Professions Libérales.
▪ ARRCO	Association pour le Régime de Retraite Complémentaire des Salariés.
▪ ASV	Allocation supplémentaire de vieillesse.
▪ CAF	Caisse d'Allocations Familiales.
▪ CARMF	Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France.
▪ CFE	Centre de Formalités des Entreprises.
▪ CFP	Comité de Formation Professionnelle.
▪ CMU	Couverture Maladie Universelle.
▪ CNAF	Caisse Nationale des Allocations Familiales.
▪ CNAM	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie.
▪ CNAV	Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse.
▪ CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie.
▪ CRDS	Contribution au Remboursement de la Dette Sociale.
▪ CSG	Contribution Sociale Généralisée.
▪ CUM	Contribution aux Unions Médicales.
▪ DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.
▪ FAS	Fond d'Action Sociale.
▪ FSV	Fond de Solidarité Vieillesse.
▪ HAS	Haute Autorité de Santé.
▪ INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.
▪ LFSS	Loi de Financement de la sécurité Sociale.
▪ MACSF	Mutualité d'Assurance du corps sanitaire français.
▪ MSA	Mutualité Sociale Agricole.
▪ PSS	Plafond de la Sécurité Sociale.
▪ RCP	Responsabilité Civile Professionnelle.
▪ RSI	Régime des Indépendants.
▪ SMIC	Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance.
▪ SNJMG	Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes.
▪ URSSAF	Unions de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociales et des Allocations Familiales.

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La première installation en activité libérale est le plus souvent vécue comme une expérience difficile. Même si la plupart des étudiants en médecine générale envisage, dès le début de leur internat, leur activité en milieu libéral.

La formation en médecine générale est avant tout hospitalière. Or, un fossé énorme sépare la médecine hospitalière de la médecine de ville ou de campagne, tant sur le plan relationnel avec les patients que sur le plan social, fiscal et juridique entraînant des contraintes de gestion pour lesquelles le futur médecin a été, bien souvent, insuffisamment formé ou informé.

L'exercice libéral est donc très complexe et toute activité indépendante présente des avantages et des inconvénients nécessitant une préparation pour répondre à toutes les conséquences en cas de cessation partielle ou totale d'activité afin de se protéger et de protéger sa famille.

L'objectif de cette thèse est d'apporter des informations, le plus souvent inexistantes lors du cursus universitaire, aux futurs médecins généralistes ou aux médecins déjà installés sur la protection sociale, les cotisations obligatoires et les prestations versées.

Comment fonctionne le système de protection sociale en France ? :

- De quels organismes dépendent les médecins ?
- Quelles sont les cotisations obligatoires et les prestations versées ?
- Pourquoi faire appel à des organismes complémentaires ?
- Qu'est-ce que la Loi Madelin ?
- Quelle prévoyance envisagée ?

Le plus souvent, le jeune médecin ne se pose pas ces questions, étant en bonne santé et pris par la charge importante de son activité. Il risque d'exercer sans aucune protection adéquate : couverture sociale insuffisante, situation irrégulière vis-à-vis de la CARMF*, l'URSSAF*, la CPAM*...

Dans la première partie, nous définirons le système de protection sociale en France en évoquant les différentes dates clés intervenues dans sa constitution et son fonctionnement.

Dans la deuxième partie, nous évoquerons les différents organismes (tels que l'URSSAF*, la CPAM*, la CARMF*) auprès desquels le médecin généraliste doit obligatoirement s'affilier en début d'activité. Nous dresserons également la liste des cotisations obligatoires du médecin généraliste afin d'accéder aux prestations qui lui sont versées et aborderons le système de retraite, qui est depuis plusieurs années, remis en question et régulièrement modifié dû fait de la démographie médicale et des difficultés financières actuelles.

Dans troisième partie, nous développerons la liste des cotisations facultatives mais importantes permettant de compléter la protection sociale du médecin et d'éviter toute situation précaire.

Enfin, nous conclurons cet ouvrage par un tableau récapitulatif sur les formalités obligatoires et facultatives lors de la première installation libérale du jeune médecin.

1. Première partie : Le système de protection sociale en France :

1.1. Historique :

Divers facteurs sociaux, économiques et politiques sont intervenus dans la construction du système de protection sociale en France au cours de centaines d'années. Pour aboutir à nos jours à un réseau complexe de régimes protégeant en principe toute la population française.

1.1.1. Avant 1945 : les premiers régimes de socialisation des risques et la création des « assurances sociales » :

- **1673** : Création du premier « régime de retraite » pour les marins par Colbert.
- **1881-1889** : Création en Allemagne du premier système complet d'assurances sociales par le Chancelier Bismarck.

La Révolution du 19ème siècle a entraîné une industrialisation massive à l'origine de risques professionnels. Une loi fut alors promulguée le :

- **8 avril 1898** : Mise en place de la responsabilité des employeurs de l'industrie en cas d'accident du travail (le salarié bénéficie d'une protection générale, son dommage est réparé directement soit par l'employeur soit par des caisses permettant la mutualisation des coûts entre les employeurs).

- **5 avril 1910** : Création du premier système interprofessionnel de retraite pour les salariés faiblement rémunérés des secteurs industriels et agricoles.

Après la première guerre mondiale, l'Alsace-Lorraine annexée par l'Allemagne, a été rendue à la France. Un régime de Sécurité sociale a été mis en place par le chancelier allemand Bismarck. Cet événement a été précurseur de la première Assurance Maladie en France, introduit par la Loi des :

- **5 avril 1928 et 30 avril 1930** : Création au bénéfice des salariés (sous un certain plafond) de l'industrie et du commerce du premier système complet et obligatoire d'assurances sociales (risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès) financé par des cotisations réparties également entre les employeurs et les salariés.
- **11 mars 1932** : Création au bénéfice des salariés de l'industrie et du commerce du premier système obligatoire de versement d'allocations couvrant les charges familiales financé par les employeurs (dans le but pour les employeurs d'attirer et de retenir la main-d'œuvre).
- **14 août 1935** : Social Security Act aux Etats-Unis sous la présidence de F.D. Roosevelt signant la première reconnaissance juridique du terme « sécurité sociale ».

1.1.2. Création de la Sécurité Sociale, le « Plan » de 1945 mis en œuvre par Pierre Laroque :

- **Mars 1944** : Le Conseil National de la Résistance proposa dans son programme un « plan complet de sécurité sociale visant à assurer, à tous les citoyens, des moyens d'existence dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail ».

- **4 et 19 octobre 1945** : Ordonnances assurant la création du système de sécurité sociale en France sur le modèle « bismarckien » (gestion par les partenaires sociaux, financement par des cotisations à la charge des employeurs et des salariés) ainsi que la refonte du système des assurances sociales des années trente, reconnaissance du rôle complémentaire des mutuelles. L'ordonnance du 4 octobre crée un régime général ayant vocation à rassembler l'ensemble des actifs, elle reconnaît également la possibilité de maintien de certains régimes particuliers de sécurité sociale préexistants.
- **27 octobre 1946** : Le préambule de la constitution de l'IVème République reconnaît le droit de tous à « la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui (...) se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ».

1.1.3. Les évolutions du système de Sécurité Sociale Français depuis le « plan de 1945 » :

- **14 mars 1947 et 8 décembre 1961** : Accords collectifs interprofessionnels créant les régimes de retraite complémentaire des cadres et des non cadres (l'Association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC*) et l'Association pour le Régime de retraite complémentaire des salariés (ARRCO*) rendues obligatoires par la loi du 29 décembre 1972).
- **17 janvier 1948** : Instauration de trois régimes spécifiques d'assurance vieillesse pour les professions non salariés non agricoles.
- **10 juillet 1952** : Création du régime d'assurance vieillesse obligatoire des exploitants agricoles gérée par la Mutualité Sociale Agricole (MSA*).

- **21 janvier 1961** : Loi créant le régime autonome d'assurance maladie-maternité-invalidité obligatoire des exploitants agricoles gérés par le MSA*.
- **12 juillet 1966** : Création du régime autonome d'assurance maladie-maternité pour les non salariés et les non agricoles, géré par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des professions indépendantes (CANAM*).
- **22 décembre 1966** : Loi créant le régime d'assurance obligatoire des exploitants agricoles contre les accidents du travail, les maladies professionnelles et les accidents de la vie privée.
- **21 août 1967** : Quatre ordonnances réorganisent le régime général de la Sécurité sociale. Cette réforme dite Jeanneney (du nom du ministre des Affaires sociales de l'époque) assure la séparation financière des risques dans trois « branches » distinctes (santé, vieillesse, famille). Cette séparation est faite par la création de trois caisses nationales, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés (CNAVTS), la Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF*). La trésorerie des différentes caisses est gérée par l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS).
- **3 et 5 juillet 1972, 27 décembre 1973** : Lois rapprochant le niveau des prestations servies par les régimes des commerçants et des artisans et des régimes d'assurance vieillesse des professions industrielles, commerciales et artisanales des prestations servies par le régime général.
- **25 octobre 1972** : Loi instituant la protection obligatoire des salariés agricoles contre les accidents du travail.
- **4 juillet 1975** : Loi assurant la généralisation à l'ensemble de la population active de l'assurance vieillesse obligatoire.

- **1 er janvier 1978** : Tous les résidents sur le territoire français bénéficient des mêmes prestations familiales, la branche famille du régime général est universelle et concerne toute la population (Loi du 12 juillet 1977).
- **2 janvier 1978** : Loi instituant un régime particulier pour les ministres du culte et les membres des congrégations religieuses et créant un mécanisme d'assurance personnelle pour la « population résiduelle ».
- **26 mars 1982** : Ordonnance abaissant l'âge de la retraite à 60 ans.
- **1 er décembre 1989** : Loi créant le Revenu Minimum d'Insertion (RMI), financé par le budget de l'Etat mais versé par les caisses d'allocations familiales.

Dans les années 90, une importante crise financière touche la Sécurité Sociale. Le gouvernement met en place de nombreuses réformes afin d'assurer la solvabilité du système.

- **29 décembre 1990** : Loi créant la Contribution Sociale Généralisée (CSG*), prélevée sur l'ensemble des revenus (activité, produits du patrimoine et des placements ou des jeux).
- **22 juillet 1993** : loi réformant les retraites (augmentation de la durée d'assurance requise pour d'une pension à taux plein pour les salariés du secteur privé, prise en charge par la solidarité nationale du financement de prestations versées sans contrepartie de cotisations).
- **24 janvier 1996** : Ordonnance créant la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS*) affectée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) chargée de la gestion des déficits des régimes de la Sécurité Sociale.

- **22 février 1996** : Loi réformant la constitution de la Vème République. Création de lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS*) afin de permettre l'équilibre financier de la Sécurité sociale, votées par le Parlement chaque année.
- **22 juillet 1996** : Loi précisant le contenu des LFSS* (vote des prévisions de recettes, des objectifs de dépenses par branche et de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)).
- **1997** : instauration de la carte vitale.
- **27 juillet 1999** : création de la Couverture Maladie Universelle (CMU*).
- **1^{er} janvier 2000** : instauration de l'Aide Médicale d'Etat (AME*) permettant d'aider les étrangers en situation irrégulière et sans ressources, résidant en France sur le plan des dépenses médicales.
- **1^{er} janvier 2001** : alignement des taux de remboursement du régime des indépendants (RSI*) comme les professions libérales, les commerçants, les artisans et les industriels sur ceux du régime général des salariés.
- **20 juillet 2001 et 1^{er} avril 2003** : mise en place de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA*) pour les personnes âgées de 60 ans et plus.
- **21 août 2003** : réforme des retraites (harmonisation progressive de la durée d'assurance pour bénéficier d'une pension à taux plein entre les différents régimes, évolution progressive de cette durée d'assurance en fonction des gains d'espérance de vie, création de dispositifs de retraite anticipée pour les assurés ayant travaillé jeune et ayant effectué de longues carrières).
- **13 août 2004** : réforme de l'Assurance Maladie : création d'un dossier médical personnel accessible pour le suivi médicalisé uniquement par les personnes autorisées et conclusion d'un contrat de

complémentaire santé, choix d'un médecin traitant pour bénéficier du ticket modérateur de droit commun, responsabilisation des assurés sociaux par la création du forfait d'un euro, aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé pour les personnes aux faibles ressources et promotion des médicaments génériques.

- **1^{er} janvier 2005** : création de la Haute Autorité de Santé (HAS*) chargée d'évaluer les produits, actes et prestations médicales afin d'en définir le remboursement, cette dernière remplace l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES*).
- **2 août 2005** : réforme de la loi organique relative aux LFSS* : mise en perspective pluriannuelle du financement de la Sécurité sociale et présentation de l'équilibre de régimes par le rapprochement des recettes et des dépenses, mise en œuvre de la démarche objectifs-résultats à la Sécurité sociale.
- **1^{er} trimestre 2006** : mise en place du Régime Social des indépendants (RSI*), prévu par une ordonnance du 31 mars 2005 regroupant le régime d'Assurance maladie des indépendants (AMPI), le régime d'assurance vieillesse des artisans (AVA) et le régime d'assurance vieillesse des commerçants (ORGANIC).
- **13 février 2008** : réforme de l'organisation du service public de l'emploi afin de simplifier les démarches des demandeurs d'emploi, de renforcer le suivi des chômeurs et de recenser au mieux les offres et les demandes (création d'un nouvel opérateur unique provenant de la fusion entre l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE) et l'Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (UNEDIC), mise en place d'un Conseil national de l'emploi chargé des stratégies politiques de l'emploi, recouvrement des cotisations chômage des entreprises par l'Union de recouvrement des cotisations de la Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF*).

- **26 juillet 2011** : accord signé entre l'Assurance Maladie et les syndicats représentatifs des médecins libéraux aboutissant à la nouvelle convention médicale ayant pour but de faciliter l'accès aux soins et une meilleure répartition de ceci sur tout le territoire (option démographie ou santé solidarité territoriale), de valoriser l'activité du médecin traitant dans la prévention, le dépistage et le suivi des pathologies chroniques par une rémunération complémentaire, de freiner les dépenses de santé en responsabilisant les médecins dans le choix des thérapeutiques.
- **25 novembre 2011** (décret mis en place suite à la LFSS* du 19 décembre 2005) : réforme du régime de l'Allocation supplémentaire de vieillesse (ASV*) des médecins permettant la survie de ce régime menacé de déficit à court terme.

1.2. FONCTIONNEMENT :

Le système français de protection sociale est aujourd'hui essentiellement constitué par un ensemble de régimes légaux obligatoires ou non, qui sont :

- **le régime général** qui couvre la plupart des salariés ainsi que d'autres catégories comme les étudiants,
- **les régimes spéciaux** de certains salariés non agricoles,
- **les régimes autonomes de vieillesse de base et le régime de maladie des professions indépendantes non agricoles,**
- **le régime agricole** qui vise les salariés et les non salariés contre l'ensemble des risques,
- **le régime chômage** qui vise tous les travailleurs salariés et qui est géré par des organismes paritaires,
- **les régimes de retraites complémentaires ARRCO* et AGIRC*** qui sont obligatoires pour tous les salariés relevant du régime général ou du régime agricole et qui complètent les régimes de base.

Tous ces régimes ont un mode de fonctionnement comparable au régime général qui est le principal régime en France.

Le régime général est pris en charge par différents organismes locaux, régionaux et nationaux, structurés par nature de risque, gérés paritairement et placés sous la tutelle des Ministères chargés de la sécurité sociale (Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et du dialogue social, Ministère de l'économie et des finances, Ministère des affaires sociales et de la santé).

Son financement est principalement assuré par des cotisations et des contributions assises sur les rémunérations qui représentent 80 % du financement du régime général. Une partie est assurée par l'employeur et l'autre par le salarié ainsi que la CSG* et la CRDS*.

Le régime général assure le paiement des soins médicaux, des allocations familiales, des retraites (régime de base) et des indemnités en cas de congés maternité, d'arrêt maladie, d'accident de travail ou de maladie professionnelle.

Deux conditions doivent être remplies pour relever obligatoirement du régime général : le versement d'une rémunération quelle qu'en soit la forme qui donne lieu au paiement de cotisations et de contributions, l'existence d'un lien de dépendance entre le travailleur et un ou plusieurs employeurs.

Dans le régime général de la Sécurité sociale, il existe quatre branches :

- la branche maladie, maternité, paternité, invalidité, décès,
- La branche accidents du travail et maladies professionnelles.

Ces deux branches sont gérées par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

- la branche vieillesse gérée par la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV*),
- la branche famille gérée par la caisse nationale d'allocations familiales (CNAF*).

1.2.1. Branche maladie, maternité, invalidité, décès

1.2.1.1. Assurance maladie, maternité et paternité

Les prestations de l'assurance maladie, maternité et paternité sont attribuées par les caisses primaires d'assurance maladie.

En matière d'assurance maladie, le régime général englobe 89 % de la population pour la couverture de base. Le second volet est constitué par la couverture complémentaire optionnelle fournie par les mutuelles et les assureurs privés.

1.2.1.1.1. Assurance maladie :

L'assurance maladie prend en charge :

1. Les frais de soins médicaux (chez les médecins et les spécialistes), selon la déclaration d'un médecin traitant et dans le cadre du respect du parcours de soins,
2. Les frais de soins dentaires,
3. Les frais pharmaceutiques et d'appareillage,
4. Les frais d'examens biologiques et radiologiques,
5. Les frais d'hospitalisation (sont pris en charge à 80 %), certains suppléments de confort ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie, de plus l'assuré doit régler un forfait journalier hospitalier (forfait hôtelier) d'un montant de 18 € par journée d'hospitalisation (13,50€ en service de psychiatrie),

6. Les frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté,
7. Les frais de transport des malades dans des conditions spécifiques et tenant compte de l'état du malade et du coût du transport,
8. Les frais d'hébergement des individus handicapés.

L'assurance maladie assure le service des prestations en nature (remboursement des soins) pour les assurés et leurs ayants droit et les prestations en espèces (indemnités journalières de maladie en cas d'incapacité temporaire du travail) pour l'assuré.

Bénéficiaire de la qualité ayants droit de l'assuré :

- le conjoint non divorcé qui n'exerce pas d'activité et qui ne bénéficie pas pour lui-même, à un autre titre d'un régime obligatoire de sécurité sociale,
- les enfants de moins de seize ou vingt ans s'ils poursuivent des études ou s'ils sont incapables physiquement ou mentalement de se procurer une activité,
- les ascendants, descendants, collatéraux et alliés jusqu'au troisième degré qui vivent au domicile de l'assuré et s'occupent d'au moins deux enfants de moins de quatorze ans à charge de l'assuré,
- toute personne à la charge totale, effective et permanente de l'assuré ne bénéficiant pas d'un régime de protection sociale,
- la personne qui vit au domicile de l'assuré social depuis au moins un an et qui se trouve à sa charge totale, effective et permanente. Une seule personne par assuré social peut bénéficier de cette dernière qualité d'ayant droit.

1.2.1.1.1. Prestations en nature

Les prestations en nature couvrent les frais médicaux, paramédicaux et les frais de pharmacie, d'appareillage et d'hospitalisation.

Le remboursement des soins se fait selon :

- **le choix ou non du médecin traitant (cf. annexe 1) :** chaque patient de plus de 16 ans doit choisir un médecin traitant qui l'orientera dans son parcours de soins et qui coordonnera le dossier médical personnel.

Le médecin traitant peut être un généraliste ou un spécialiste dont le choix peut être modifié en réalisant une nouvelle déclaration.

Tous les actes médicaux réalisés ou recommandés par le médecin traitant seront remboursés au taux normal, l'intéressé est alors inscrit dans le parcours de soins coordonnés.

Par contre, si le patient n'a pas déclaré de médecin traitant, ou s'il consulte directement un spécialiste, il n'est plus dans le parcours de soins coordonnés, il sera moins bien remboursé et le montant des frais qui restera à sa charge sera plus élevé que s'il était passé par le médecin traitant.

En cas d'urgence médicale, d'absence du médecin traitant ou de son remplaçant, d'éloignement du domicile, le patient peut consulter un autre médecin que le médecin traitant. Le médecin indique alors sur la feuille de soins la situation particulière du patient afin qu'il soit remboursé à un taux normal.

Enfin, les gynécologues, ophtalmologues et psychiatres peuvent être consultés directement sans passer par le médecin traitant. Dans tous les cas, le médecin consulté précisera sur la feuille de soins la situation particulière.

- **Le secteur d'activité du médecin :** le médecin en secteur 1 qui adhère entièrement à la convention et respecte les tarifs conventionnels négociés avec l'assurance maladie, le médecin en secteur 2 qui fixe librement ses honoraires (avec modération) et qui applique les tarifs conventionnels s'il est consulté dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

Par ailleurs, la réforme introduit la possibilité pour les médecins de pratiquer des dépassements d'honoraires lorsqu'ils reçoivent un patient qui ne leur a pas été adressé par le médecin traitant ou qui se trouve en dehors du parcours de soins.

En règle générale, l'assuré est tenu de faire l'avance des frais, la sécurité sociale remboursant ensuite à l'assuré. Toutefois, il existe de nombreuses conventions de « tiers-payant » prévoyant le paiement direct de la caisse de sécurité sociale au prestataire de service.

À côté du ticket modérateur un certain nombre de contributions restent à la charge du patient. Il s'agit de la participation forfaitaire et de la franchise médicale.

Toutefois, cette participation est limitée ou supprimée pour les soins les plus coûteux notamment en cas d'hospitalisations ou lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulière coûteuse (Affection Longue Durée).

Au-delà de 5 ans (durée initiale maximale), le protocole de soins ALD* (*cf. annexe 2*) est renouvelé. Depuis janvier 2011, dans le cas contraire, où les patients nécessitent uniquement un suivi, les patients sortent du dispositif soins ALD* et bénéficient du suivi post-ALD* permettant le remboursement des actes médicaux, biologiques et radiologiques.

Une couverture maladie universelle (CMU*) est mis en place par la loi du 27 juillet et à compter du 1^{er} janvier 2000 deux droits fondamentaux permettent l'accès aux soins :

- Un droit immédiat à l'assurance maladie pour toute personne en résidence stable et régulière sur le territoire métropolitain et outre-mer,
- Un droit pour les plus défavorisés, sous condition de ressources, à une couverture complémentaire gratuite, avec dispense d'avance des frais (« tiers-payant »).

Deux grands volets existent pour la CMU* :

- Le premier volet, pour la couverture de base, améliorant l'accès aux soins de personnes en situation de grande exclusion,
- Le second volet, la création d'une couverture complémentaire gratuite, au titre de la solidarité nationale.

Depuis janvier 2002, tous les bénéficiaires de la CMU* complémentaire dont la situation s'est améliorée conservent pour un an le droit au tiers-payant sur la partie prise en charge par l'Assurance Maladie.

Depuis mars 2002, une aide au paiement de la cotisation à une couverture maladie complémentaire (115 euros pour une personne seule à faible revenu) a été créée.

1.2.1.1.1.2 Prestations en espèces

En cas d'incapacité de travail, un arrêt de travail (*cf. annexe 3*) doit être prescrit par le médecin donnant droit à une indemnité journalière (due à partir du quatrième jour d'arrêt de travail et récemment un jour de carence a été mis en place pour les fonctionnaires).

Le montant de l'indemnité journalière est égal à une fraction du gain journalier de base et est majoré en fonction du nombre d'enfants à charge.

Pour les affections de longue durée l'indemnité journalière peut être servie pendant une période maximale de trois ans de date à date pour chaque affection.

Pour les autres affections le nombre maximal d'indemnités journalières sur une période de trois ans est fixé à 360.

En cas d'arrêt maladie de plus de 6 mois, sa prise en charge nécessite un accord entre le médecin traitant et le médecin conseil. Le médecin traitant doit donc établir un protocole de soins en remplissant l'imprimé n° S3501 (*cf. annexe 2*) sans oublier de cocher la case « ALD* non exonérante ».

La durée d'un arrêt de travail ininterrompu **ne pourra dépasser trois ans.**

En cas de stabilité de l'état clinique, le médecin traitant peut envisager avec le médecin conseil que le patient :

- Reprenne son travail à temps plein ou un autre travail après reclassement professionnel ;
- Reprenne temporairement son travail à temps partiel pour motif thérapeutique ;
- Relève de l'invalidité.

Il existe également **une Allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie** qui est limitée à 24 jours en cas d'arrêt et à 42 jours en cas de limitation de l'activité, lorsque l'assuré suspend ou réduit son activité pour s'occuper d'un proche en fin de vie.

1.2.1.1.2. Assurance maternité et congé de paternité :

Les prestations d'assurance maternité et de congé de paternité sont attribuées par les caisses primaires d'assurance maladie.

L'assurance maternité et paternité assure la prise en charge des frais liés à la grossesse et à l'accouchement ainsi que le service des prestations en espèces lors du repos pré et post natal de la mère, du congé d'adoption de la mère et/ou du père et du congé de paternité.

Pour se faire, la grossesse doit être déclarée à l'aide d'un document officiel (cf. annexe 4) établi par un médecin ou une sage-femme, au plus tard avant la fin de la quatorzième semaine de grossesse. Ce formulaire comporte trois feuillets :

- Les deux premiers adressés à l'organisme chargé de verser à la patiente les prestations familiales,
- Le troisième adressé à l'organisme d'assurance-maladie avec les feuilles de soins correspondant aux examens médicaux et biologiques réalisés lors de la première consultation.

1.2.1.1.2.1. Prestations en nature

L'ensemble des frais médicaux, pharmaceutiques, biologiques, d'appareillage et d'hospitalisations relatifs ou non à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites sont pris en charge par l'assurance maternité pendant une période qui débute à partir du quatrième mois avant la date présumée de l'accouchement et qui se termine douze jours après celui-ci.

Les bénéficiaires sont toutes les femmes :

- En tant qu'assurée si elle travaille ;
- « ayant droit » d'un assuré ;
- Bénéficiant de la CMU* ;
- Ou de l'Aide médicale de l'Etat (AME*).

1.2.1.1.2.2. Prestations en espèces

Ce sont les indemnités journalières dont le montant est calculé à partir du total des trois derniers salaires précédant l'interruption du travail.

Pour se faire, il faut :

- Avoir travaillé au moins 200 heures au cours des trois mois précédant la date de début de grossesse ou de début du repos prénatal,
- Ou avoir cotisé sur un salaire équivalent au moins 1 015 fois le smic horaire au cours des 6 derniers mois précédant la date de début de grossesse ou de début du congé prénatal,
- Et justifier de 10 mois d'immatriculation à la date présumée d'accouchement.

Il faut également cesser toute activité salariée pendant au moins huit semaines dont six semaines après l'accouchement.

Pour les femmes non-salariées (artisan, commerçante, profession libérale), une allocation forfaitaire de repos maternel est versée pour moitié à la fin du septième mois de grossesse et pour moitié après l'accouchement. En cas d'interruption de toute activité, il existe des indemnités journalières forfaitaires.

1.2.1.1.2.3. Protection pendant la maternité

Selon le Code du travail, la salariée enceinte n'a pas l'obligation de prévenir son employeur de son état, que ce soit au moment de l'embauche, même pour un contrat à durée déterminée. **La salariée informe son employeur au moment où elle le souhaite par écrit ou verbalement ou à l'aide d'un certificat médical indiquant la date présumée d'accouchement.**

L'employeur ne peut en aucun cas :

- Licencier pendant la grossesse, le congé de maternité et les quatre semaines qui suivent ce congé sauf en cas de faute grave ou si l'entreprise ne peut maintenir le contrat de travail ;
- Demander à la salariée de travailler plus de dix heures par jour ;

- Demander à la salariée de faire des tâches pénibles ;
- Demander à l'employée de travailler pendant les deux semaines qui précèdent la date probable de l'accouchement et les six semaines qui le suivent.

En cas de poste de travail avec des risques incompatibles avec la grossesse, l'employeur doit proposer un autre poste ou suspendre temporairement le contrat (durée maximale de 1 mois). Pendant cette période, la salariée bénéficie d'une garantie de rémunération composée :

- D'allocations journalières versées par l'organisme d'assurance-maladie ;
- D'un complément d'indemnisations à la charge de l'employeur,
- D'un aménagement d'horaires dans certaines entreprises.

1.2.1.1.2.4. Congé de paternité

Depuis le 1^{er} janvier 2002, le père bénéficie d'un congé de paternité d'une **durée de 11 jours consécutifs pour un enfant et de 18 jours pour une naissance multiple.**

Pour les pères salariés, s'ajoute à ce congé trois jours accordés par l'employeur. Ce congé doit être pris avant la fin du 4^{ème} mois de naissance de l'enfant.

Pour se faire, le père adresse une demande de congé de paternité à son employeur par lettre recommandée avec accusé de réception un mois avant le début du congé.

1.2.1.2. Assurance invalidité :

L'assurance invalidité a pour objet d'accorder à l'assuré invalide une pension en compensation de la perte de salaire qui résulte de la réduction de la capacité de travail ou de gain.

L'invalide est un assuré social âgé de moins de 60 ans, qui se trouve hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur au tiers de la rémunération normale de la profession qu'il exerçait avant l'arrêt de travail ou la constatation de l'état d'invalidité.

La pension est déterminée selon la capacité de travail restante :

- **Première catégorie** qui vise les invalides encore capables d'exercer une activité professionnelle,
- **Deuxième catégorie** qui vise les invalides incapables d'exercer une activité professionnelle,
- **Troisième catégorie** qui vise l'hypothèse où l'invalide, classé en 2e catégorie, est dans l'obligation d'avoir recours à l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante.

Dans la plupart des cas, **la mise en invalidité peut être proposée par la caisse d'Assurance Maladie ou par le médecin traitant qui rédige un certificat et remplit un formulaire « Assurance invalidité-demande de pension » avec l'aide du patient.** La Caisse d'assurance maladie dispose d'un délai de 2 mois pour notifier son accord ou son désaccord de mise en invalidité. En cas d'accord, la Caisse d'assurance maladie adresse au patient une notification d'attribution d'une pension d'invalidité, précisant la catégorie et le montant de la pension, et l'informant de la prise en charge à 100 % des soins médicaux sauf vignettes bleues ou oranges.

1.2.1.3. Assurance décès :

Le capital décès est versé aux proches d'un assuré social par la caisse primaire d'assurance maladie.

Pour se faire, le défunt doit être dans l'une des situations suivantes, dans les trois mois précédant le décès :

- Il exerçait une activité salariée ;
- Il percevait une indemnisation par pôle emploi ;
- Il était titulaire d'une pension invalidité ou d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle correspondant à une incapacité physique permanente d'au moins 66,66 % ;
- Il était en situation de maintien de droits.

Ce capital est fixé en fonction des revenus que percevait l'assuré décédé et **est égal à un multiple de gain journalier de base**. Il ne peut être inférieur à 1 % du montant du plafond annuel de la sécurité sociale et ne peut être supérieure au quart de celle-ci.

Ce capital n'est pas donné de manière systématique, une demande par le ou les bénéficiaires doit être faite dans un délai maximal de deux ans à compter de la date du décès.

Capital décès au premier janvier 2012 :

- **Montant minimum 363,72 euros ;**
- **Montant maximum 9 093,00 euros.**

Ce capital n'est pas soumis à la Contribution au remboursement de la dette, ni à la Contribution sociale généralisée, ni aux cotisations de la Sécurité sociale, ni à l'impôt sur les successions.

1.2.2. Branche accidents du travail et maladies professionnelles

Comme vu précédemment, les accidents du travail ont été les premiers risques à être couverts par un système d'assurance collectif.

Cette branche est souvent gérée par les mêmes organismes que la branche maladie, le financement provient uniquement des cotisations des employeurs.

Tous les travailleurs sans condition de ressources sont protégés.

On distingue trois notions :

- **L'accident du travail** : accident qu'elle en soit la cause, survenu par le fait ou à l'occasion d'un travail pour toute personne salarié ou travaillant, à quelque titre ou en quelques lieux que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise.
- **L'accident de trajet** : accident survenu entre le lieu de travail et leur domicile ou à l'occasion d'une mission effectuée pour le compte de l'employeur.
- **La maladie professionnelle** : affection inscrite sur une liste présentée sous forme de tableaux (au total 98 tableaux) intégrant les travaux susceptibles de les provoquer et la durée d'exposition. Pour les autres maladies non inscrites dans les tableaux, l'assuré doit apporter la preuve de l'origine professionnelle de l'affection.

Pour que la victime bénéficie d'une prise en charge totale par la Sécurité sociale, il doit en faire la déclaration à son employeur dans les vingt quatre heures, et ce dernier doit, d'une part, remettre à son salarié une feuille d'accident et d'autre part, déclarer l'accident à la caisse primaire d'assurance maladie (cf. annexe 5) dans les quarante-huit heures par pli recommandé avec accusé de réception.

Deux prestations peuvent être versées : une allocation pour incapacité temporaire de travail et dans le cas d'une incapacité permanente, une rente ou un capital.

1.2.3. Branche famille : prestations familiales

Les prestations familiales sont attribuées à toute personne française ou étrangère ayant à sa charge un ou plusieurs enfants, résidant en France et de moins de 20 ans (ou 21 ans pour les allocations de logement à caractère familial et le complément familial).

Parmi les prestations familiales, on peut distinguer :

- les prestations générales d'entretien,
- les prestations d'entretien et d'accueil liées à la petite enfance regroupées dans la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje),
- les prestations à affectation spéciale.

Les prestations générales d'entretien :

- Allocations familiales attribuées à partir du 2^{ème} enfant à charge et d'un montant fixe à partir du 3^{ème} enfant, versées sans condition d'activité et de ressources.
- Allocation forfaitaire servie aux familles de trois enfants à charge et plus qui perdent le bénéfice d'une partie des allocations familiales du fait que l'un ou plusieurs enfants atteignent l'âge de 20 ans, soit la limite d'âge pour le versement des prestations familiales.
- Complément familial attribuée sous condition de ressources aux familles ayant à leur charge au moins trois enfants, âgés de trois ans et plus et de moins de 21 ans.
- Allocation de soutien familial attribuée sans condition de ressources, est due pour tout enfant orphelin de père ou de mère ,ou de père et de mère, ou pour tout enfant dont la filiation n'est pas légitimement établie à l'égard de l'un ou l'autre des parents ,ou pour tout enfant dont le père ou la mère, ou les deux, se soustraient à leur obligation d'entretien.

Les prestations d'entretien et d'accueil liées à la petite enfance (Paje) (cf. annexe 6) :

Elle est attribuée aux enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} janvier 2004.

Elle comprend :

- Prime à la naissance ou à l'adoption versée, sous conditions de ressources lors du 7^e mois de grossesse pour tout enfant à naître ou lors de l'adoption d'un enfant de moins de 20 ans.
- Allocation de base attribuée au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un certain plafond, pour chaque enfant né ou à naître, dans les mêmes conditions que pour la prime à la naissance ou à l'adoption ; elle est versée du mois de naissance de l'enfant jusqu'à ses trois ans, ou du mois de son adoption pour une durée de 36 mois.

- Complément de libre choix d'activité non soumise à une condition de ressources, permet au parent de suspendre son activité ou de la réduire afin de s'occuper de son enfant de moins de 3 ans. Elle est versée pour une durée de 6 mois pour le premier enfant et jusqu'aux 3 ans de l'enfant s'il s'agit d'une 2ème naissance ou d'une naissance de rang supérieur.
- Complément de libre choix du mode de garde servi au ménage ou à la personne qui emploie directement une assistante maternelle agréée ou une garde à domicile pour assurer la garde d'un enfant âgé de moins de 6 ans. Ce complément se compose d'une prise en charge totale ou partielle des cotisations et des contributions sociales dues pour l'emploi et d'une somme prenant en charge 85 % du salaire dans la limite d'un plafond variable en fonction des revenus de la famille. Ce complément est également attribué aux personnes qui ont recours à un organisme privé pour assurer la garde de leurs enfants selon des modalités spécifiques telles que la durée minimum de garde.

Les prestations à affection spéciale :

- Allocation d'éducation de l'enfant handicapé, servie sans condition de ressources, pour tout enfant âgé de moins de vingt ans, quel que soit son rang et atteint d'une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 80 %, ou compris entre 50 et 80 %, à condition que l'enfant bénéficie d'un placement dans un établissement d'éducation spéciale ou de soins à domicile.
- Allocation de rentrée scolaire, attribuée sous condition de ressources, pour les enfants âgés de moins de 18 ans qui poursuivent leurs études ou en apprentissage sous réserve que leur rémunération n'excède pas 55% du SMIC*.
- Allocation journalière de présence parentale, attribuée à toute personne qui a la charge d'un enfant âgé de moins de 20 ans atteint d'une maladie, d'un handicap grave rendant indispensable une présence soutenue et des soins contraignants et si l'allocataire doit ponctuellement interrompre son activité.
- Allocation familiale de logement destinée à couvrir en partie les charges de logement supportées par les familles et selon des

conditions tenant aux caractéristiques du logement (superficie, salubrité), au loyer et aux ressources de la famille.

- Prime de déménagement, attribuée sous conditions de ressources, aux familles ayant à charge au moins trois enfants et qui ouvrent droit dans leur nouveau logement aux allocations logement.

1.2.4. Branche vieillesse : assurance vieillesse

L'ensemble des régimes obligatoires de base ou complémentaires de retraite fonctionne en France sur le mode de la répartition, c'est-à-dire que les régimes redistribuent au cours d'une année, sous forme de pensions, les cotisations encaissées la même année auprès des actifs.

L'assurance vieillesse est divisée en plusieurs catégories qui répondent à des principes communs :

- Premièrement les salariés du secteur privé : une prestation de base est assurée par le Régime général (les salariés du régime agricole sont couverts par un régime particulier MSA* et les retraites complémentaires sont versées par différents régimes l'AGIRC* et l'ARRCO*,
- Deuxièmement les différents régimes qui protègent les personnes non salariées,
- Troisièmement les différents régimes spéciaux (fonctionnaires, salariés du secteur public, salariés des mines, d'EDF-GDF, de la marine...).

Le système de retraite en France est organisé en trois niveaux : un régime de base obligatoire, un régime complémentaire souvent obligatoire et un régime facultatif.

Tous les régimes obligatoires intègrent des mécanismes de solidarité permettant :

- Une pension minimum (le minimum vieillesse) attribuée à toutes les personnes âgées qui disposent de faibles ressources,

- Des subventions de l'Etat attribuées à certains régimes : exploitants agricoles, SNCF, RATP, mines, marins...
- Diverses taxes affectées aux régimes de retraite,
- Un Fonds de Solidarité Vieillesse (FSV*) qui verse le minimum vieillesse et certains avantages familiaux et également des cotisations au titre du service militaire, du chômage et de la préretraite.

1.2.4.1. Calcul de la pension

Le mode de calcul est différent selon les régimes :

- Le calcul se fait sur la base du nombre d'années de cotisations = les annuités pour **les régimes de base des salariés du secteur privé et les régimes spéciaux des salariés du secteur public.**
- **Les régimes complémentaires : le calcul en points** : chaque année, le montant des cotisations versées en fonction « du salaire de référence » est traduit en points équivalent à une valeur d'achat unitaire. Chaque assuré peut acquérir X points au cours de sa carrière. Le montant perçu sera fonction du nombre de points acquis dont la valeur est fixée chaque année pour chaque régime. Il existe une possibilité de rachat de points en cours de carrière.

1.2.4.2. Le minimum vieillesse

C'est la garantie pour toute personne âgée résidant en France de bénéficier d'une somme minimale pour vivre. Ce minimum a été mis en place pour les individus n'ayant pas acquis un nombre suffisant d'années ou de points pour obtenir l'assurance vieillesse de la Sécurité Sociale. L'accès au **minimum vieillesse est soumis à des conditions d'âge (65 ans ou 60 ans si la personne est invalide ou inapte au travail), de ressources et de résidence régulière en France.**

1.2.4.3. Les prestations versées aux conjoints veufs

Dans le cas où **le conjoint survivant est dépourvu de ressources ou les ressources sont insuffisantes, une pension de réversion est calculée en fonction de la pension dont le conjoint décédé bénéficiait ou aurait bénéficié.**

Cette pension est versée à partir de 55 ans dans le régime général, avant cet âge, une allocation veuvage est versée, sous condition de ressources, pendant deux ans, aux personnes ayant été mariées au moment de la demande ou ayant en charge au moins un enfant.

1.3. Financement :

Le financement de la sécurité sociale peut se résumer de la manière suivante :

RECOUVREMENT		PAIEMENT DES PRESTATIONS	
• Cotisations et contributions sociales sur salaires et revenus d'activité • Cotisations spécifiques (CSG*, CRDS*)	→ URSSAF* ET CGSS ↓	→ CNAM	→ CPAM (102) Prestations maladie, maternité, invalidité, décès, AT/MP
• Recettes dites déclaratives (contributions laboratoires pharmaceutiques) • Transfert de recettes fiscales • Contributions et remboursement de l'Etat	→ ACOSS	→ CNAV	→ CRAM (16) Pensions vieillesse-veuvage, coordination action sociale personnes âgées, prévention risques professionnels
		→ CNAF	→ CAF (102) Prestations familiales, RMI, RSA, action sociale

URSSAF : Union pour le Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales.

CGSS : Caisse Générale de Sécurité Sociale.

CGS : Contribution Sociale Généralisée.

CRDS : Contribution Remboursement de la Dette Sociale.

ACOSS : Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale.

CNAM : Caisse nationale des Assurances Maladie.

CNAV : Caisse nationale des Assurances Vieillesse.

CNAF : Caisse nationale des Allocations Familiales.

2. Deuxième partie : La protection sociale du médecin généraliste libéral en 2012 :

2.1. Cotisations obligatoires:

Comme tout salarié, le médecin généraliste est assujéti à des cotisations et bénéficie de prestations. Pour cela, le médecin généraliste dépend de trois établissements qui sont l'Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale (URSSAF*), la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM*), la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF*). La loi française rend obligatoire certaines assurances (la couverture des responsabilités civile, professionnelle et automobile).

2.1.1. Liées à l'URSSAF* :

2.1.1.1. Immatriculation :

Tout médecin généraliste doit s'inscrire **dans les huit jours qui suivent le début de son activité** auprès de l'URSSAF* de son lieu de domicile afin d'enregistrer son activité et obtenir ainsi son immatriculation. Au-delà, il risque une majoration de retard.

Lors de l'installation en libéral, le médecin généraliste doit s'adresser à un Centre de Formalités des Entreprises (CFE*) intégré à l'URSSAF*. Le CFE a une compétence territoriale et permet de simplifier les démarches administratives en centralisant les pièces nécessaires à l'immatriculation et en transmettant le dossier aux différents organismes comme le centre des impôts, l'institut national de la statique et des études économiques (INSEE*) et les caisses de protection sociale ... Ainsi, on souscrit en une seule fois et en un lieu unique les déclarations de début, de modification ou de cessation d'activité.

On obtient ainsi **un numéro d'identification unique attribué par l'INSEE* qui est le SIRET composé de 14 chiffres dont le SIREN (identification de l'entreprise) et le NIC (identification de l'établissement)**. L'INSEE* attribue également un code en relation avec l'activité principale de l'entreprise, par-exemple pour le médecin le code est 86.21 Z.

2.1.1.2. Rôle de l'URSSAF* :

L'URSSAF* intervient dans le recouvrement des cotisations et des contributions dues dans le cadre de l'activité libérale. Elles permettent de **financer les prestations du régime général de la Sécurité Sociale** comme :

- L'assurance maladie ;
- Les allocations familiales ;
- La contribution sociale généralisée (CSG*) ;
- La contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS*) ;
- La contribution à la formation professionnelle (CFP*) ;
- La contribution aux unions médicales (CUM*).

Les médecins du secteur 1 règlent à l'URSSAF* les cotisations d'assurance maladie-maternité, et d'allocations familiales. La couverture maladie-maternité et les allocations familiales sont gérées respectivement par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM*) et la Caisse d'Allocations Familiales (CAF*).

Néanmoins, les médecins du secteur 2 dépendent du Régime Social des Indépendants (RSI*), ils doivent choisir obligatoirement un organisme conventionné faisant partie d'une liste communiquée par le CFE*. Le médecin adresse ainsi ses cotisations à cet organisme choisi. Cependant, il faut savoir que les charges sociales sont plus élevées étant donné l'absence de prise en charge par des organismes sociaux.

2.1.1.3. Les cotisations :

L'assurance maladie sera développée ultérieurement dans le chapitre 2.1.2.

2.1.1.3.1. Calcul des cotisations :

Pour financer les différentes prestations, le médecin verse des cotisations à l'URSSAF*. Le calcul de ces cotisations sociales et des contributions GSG*/CRDS* se fait sur la base des revenus professionnels nets.

Etant donné l'absence des revenus professionnels en début d'activité, le calcul des cotisations se fait **sur une base forfaitaire** suivante :

BASE FORFAITAIRE	
1 ^{ère} année en 2011	7 006 euros
2 ^{ème} année en 2011	10 508 euros

A titre provisionnel, la cotisation due est :

- Pour les deux premiers trimestres de l'année en cours (N), basée sur les revenus professionnels de l'année N-2,
- Pour les deux derniers trimestres de l'année N, basée sur ceux de l'année N-1,
- Par la suite, calculée de façon définitive par l'URSSAF* en possession des revenus déclarés de l'année N,
- Puis l'ajustement se fera dans l'année N+1.

Cas particuliers :

- en cas d'activité libérale et salariale en même temps : pas de cumul des prestations, mais obligation de cotisation dans les deux activités ;
- en cas de cessation d'activité, le médecin doit prévenir dans les 8 jours l'URSSAF*, la cotisation du trimestre en cours est due et doit être versé dans les 10 jours suivants la cessation ;
- en cas d'activité dans plusieurs cabinets ou d'exercice de plusieurs activités libérales non agricoles non salariées, la cotisation est unique et basée sur l'ensemble des revenus ;
- en cas de revenu réel de l'année N supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé, le médecin est soumis à une majoration de 10 % sur l'insuffisance de versement des acomptes provisionnels résultant de la sous-évaluation du revenu réel.

2.1.1.3.2. Le taux des cotisations :

Le montant est calculé selon des taux différents selon les cotisations et les contributions considérées appliqués aux revenus professionnels nets.

Ces taux sont :

- **de 5,40 % pour la cotisation d'allocations familiales (CAF*)**, partiellement pris en charge par l'assurance maladie ;
- **de 7,50 % pour la CSG*** ;
- **de 0,50 % pour la CRDS*** ;
- **de 0,50 % pour le CUM*** ;
- **de 0,15 % pour la CFP***.

COTISATIONS	Médecin généraliste conventionné secteur 1	Médecin conventionné secteur 2
Allocations familiales	5,40 % du revenu professionnel net soit 0,40 % à la charge du médecin (dans la limite de 35 352 euros et au-delà 2,50 %) et 5 % à la charge de l'Assurance Maladie (dans la limite de 35 352 euros et au-delà 2,50 %).	5,40 % à la charge du médecin. Pas de prise en charge par l'assurance maladie
Allocations familiales sur les revenus conventionnés en dépassements d'honoraires et sur les revenus non conventionnés	5,40 % du revenu professionnel net.	5,40 % du revenu professionnel net.
CSG*-CRDS*	8 % du revenu professionnel net.	8 % du revenu professionnel net.
Contributions aux URPS (Union Régionale des médecins libéraux)	0,5 % du revenu professionnel dans la limite de 35 352 euros.	0,5 % du revenu professionnel dans la limite de 35 352 euros.
CFP*	0, 50 % soit 53 euros.	0,50 % soit 53 euros.

Tableau : les différentes cotisations dues par le médecin généraliste selon son secteur d'activité.

2.1.1.3.3. Le règlement des cotisations :

En début d'activité, **le paiement n'intervient qu'après un délai minimum de 90 jours. Il doit être versé au plus tard le 15 du second mois de chaque trimestre civil.**

On peut choisir d'être mensualisé, ainsi les prélèvements se font automatiquement soit le 5 ou le 20 du mois sur 10 mensualités égales de janvier à octobre. Un second échéancier est envoyé en octobre avec le

montant des deux dernières mensualités comprenant l'ajustement de la régularisation.

Dans le cas éventuel d'un excédent, le remboursement se fera avant le 30 novembre.

Tout retard de paiement est majoré de 10 % des sommes dues.

2.1.1.3.4. Comment déclarer les revenus professionnels ?

Les revenus permettent le calcul des différentes cotisations. Pour cela, il faut **donc les communiquer à l'URSSAF* à l'aide un formulaire spécifique portant le numéro CERFA 11340 (cf. annexe 7) à déposer avant le 1^{er} mai.**

Ce formulaire comporte :

- le revenu professionnel déclaré pour l'année N-1, au titre de l'impôt sur le revenu,
- le montant des cotisations sociales obligatoires réglées la même année
- le montant des cotisations déduites fiscalement au titre de la loi Madelin,
- le montant des salaires perçus, lors du cumul d'une activité libérale et salariée.

En l'absence de cette déclaration, le calcul se fera sur une base forfaitaire. Tout retard de déclaration sera sanctionné par une majoration de 3 % des cotisations et contributions dues.

2.1.1.3.5. Les prestations versées :

Les professions libérales perçoivent les mêmes prestations servies par la caisse d'allocations familiales que les salariés, c'est-à-dire :

- les charges familiales proprement dites (naissance, enfants à charge, garde d'enfant, rentrée scolaire, ...)
- les prestations en rapport avec le logement, l'handicap, l'isolement,...

Seules les allocations pour jeune enfant, pour personne handicapée et les allocations attribuées à partir du 2^{ème} enfant sont servies sans condition de ressources.

Quelques exemples :

- allocation d'éducation de l'enfant handicapé de base: 127,68 euros par mois ;
- prestations d'accueil du jeune enfant pour la prime de naissance : 916,70 euros.

2.1.2. Liées à l'Assurance maladie :

2.1.2.1. L'affiliation :

Malgré l'inscription auprès de l'URSSAF*, il est obligatoire de faire **une demande d'immatriculation dans les 30 jours qui suivent le début de l'activité conventionnée. Elle se fait à la CPAM* du département dans lequel le médecin a son inscription au Tableau de l'Ordre des Médecins.**

2.1.2.2. Le calcul des cotisations :

Comme vu précédemment, les cotisations de l'Assurance maladie sont basées sur **une assiette forfaitaire, en début d'activité. Par la suite, le calcul se fait sur les revenus professionnels de l'année (N-2).**

Le tableau illustre ces données :

	Base forfaitaire
1 ^{ère} année en 2011	17 676 euros
2 ^{ème} année en 2011	23568 euros
3 ^{ème} année en 2011	Revenu de la 1 ^{ère} année + 2 946 euros pour chaque mois entier d'inactivité
4 ^{ème} année et suivante	Revenu de l'avant-dernière année

A la différence des autres cotisations, elle est **demandée une fois par an** et couvre une période allant du 1^{er} mai de l'année en cours au 30 avril de l'année suivante. Par simple demande à l'URSSAF*, on peut choisir un paiement trimestriel.

Le tableau résume les données:

	Médecin conventionné secteur 1	Médecin conventionné Secteur 2
Assurance maladie sur les revenus conventionnés nets	9,81 % dont 0,11 % à la charge du praticien et 9,70% pris en charge par l'Assurance maladie.	9,81 % du revenu professionnel net. Pas de prise en charge par l'Assurance maladie.

2.1.2.3. Les prestations dues :

Elles sont non imposables.

Les bénéficiaires sont :

- l'assuré lui-même soit le praticien ;
- le conjoint coexistant ;
- le conjoint divorcé pour lui-même et ses enfants à charge pour une durée de 1 an ou tant que les enfants sont âgés de moins de 3 ans ;
- les enfants de moins de 16 ans ou en apprentissage ;
- les enfants poursuivant leurs études jusqu'à l'âge de 20 ans ;
- les enfants présentant une infirmité et dans l'incapacité de travailler, jusqu'à l'âge de 20 ans ;
- les enfants ayant dû interrompre leurs études pour raison de santé jusqu'à l'âge de 21 ans ;
- l'ascendant, le descendant, le collatéral et l'allié jusqu'au 3^{ème} degré se consacrant aux tâches ménagères et à l'éducation des enfants de moins de 14 ans à la charge de l'assuré ;
- la personne à charge de l'assuré et vivant avec ce dernier.

Tout médecin généraliste est soit conventionné et affilié au régime des Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés (PAMC) soit non conventionné et affilié au régime des Travailleurs Non salariés, non agricoles.

Le régime des PAMC permet comme prestations :

- celles en nature (le remboursement des soins) des assurances maladie et maternité ;
- celles en espèces (l'allocation forfaitaire de repos maternel, les indemnités journalières forfaitaires ou les indemnités de remplacement) versées en cas de maternité ou de paternité ;
- celles de l'assurance décès.

!!! Attention !!!

Par contre, ce régime ne donne pas droit à des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour maladie, ni aux prestations des assurances invalidité et Accident du Travail.

Il est souhaitable de souscrire auprès de la CPAM* (cf. annexe 8) une assurance volontaire contre les Accidents de Travail et faire appel à des organismes privés pour des assurances complémentaires. Tandis que les médecins hospitaliers et salariés sont automatiquement couverts. Le taux de la cotisation de l'accident de travail est fixé par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM*) dont dépend le médecin et elles sont encaissées par l'URSSAF* de façon trimestrielle. **Cette assurance donne droit à:**

- **une couverture à 100 % des frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques sans avance des frais ;**
- **une rente ou un capital en fonction du taux de l'incapacité permanente partielle (IPP) retenu à la consolidation ;**
- **un capital décès et une prise en charge des frais funéraires en cas d'accident mortel ou de décès liée à une maladie professionnelle.**

Le droit aux prestations est ouvert dès la souscription à cette assurance.

En cas de cessation définitive de l'activité professionnelle, les droits sont maintenus :

- pour les prestations en nature pendant quatre ans,
- pour les prestations en espèces pendant un an.

2.1.2.3.1. Les soins médicaux :

Les taux et les conditions de remboursement sont identiques à ceux des salariés.

Les frais pris en charge sont :

- ceux de médecine générale et de spécialistes ;
- les soins dentaires et de prothèses dentaires ;
- les analyses et les examens de laboratoire et de radiologie ;
- les frais pharmaceutiques ;
- les frais d'hospitalisations et de traitement dans les établissements de soins ;
- les frais de transport.

2.1.2.3.2. La maternité :

Avant 1982, les femmes médecins ne bénéficiaient d'aucune prestation maternité. La profession de médecin généraliste était à l'époque surtout masculine et le problème ne se posait pas.

Depuis, un long travail a été fait et en 1995 une loi introduit les indemnités maternité pour les femmes médecins pour une durée de 60 jours consécutifs en cas de grossesse simple (quelque soit le nombre d'enfants à charge) et de 90 jours consécutifs en cas de grossesse multiple ou pathologique.

Mais, il a fallu attendre le décret du 02.06.2006 pour que la femme médecin généraliste bénéficie de la couverture maternité au même titre que les salariées.

Les femmes exerçant une activité libérale et à condition d'être à jour de ses cotisations sociales au moment de la déclaration de grossesse perçoivent une allocation liée à la maternité ou d'une adoption :

- **une allocation forfaitaire de repos maternel** versée sans condition de cessation d'activité, permettant de subvenir partiellement à la diminution de l'activité. Elle équivaut au montant du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur, **soit 3 031 euros au 1^{er} janvier 2012**, dont la moitié est versée à la fin du 7^{ème} mois en présentant un certificat médical et l'autre à l'accouchement dès réception de l'extrait d'acte de naissance (en cas d'accouchement avant le 7^{ème} mois, l'allocation est versée en une seule fois). En cas d'adoption, elle est due pour moitié après l'arrivée de l'enfant à domicile.
- **Une indemnité journalière (IJ) forfaitaire d'interruption d'activité** pour les femmes qui arrêtent leur activité pendant au moins huit semaines consécutifs dont deux semaines minimum prises en période prénatale, **d'un montant de 49,82 euros par jour au 1^{er} janvier 2012**, soit 1/60,84^{ème} du plafond mensuel de la sécurité sociale. Pour se faire, la femme médecin doit attester sur l'honneur de cesser toute activité professionnelle et fournir un certificat médical attestant de la durée de son arrêt

de travail. Cette période peut être prolongée, sur simple demande, de une ou deux périodes supplémentaires de 15 jours consécutifs.

	Période prénatale	Période postnatale	Durée totale du congé	Total des IJ (au 1^{er} janvier 2012)
Durée minimum du congé maternel	2 semaines	6 semaines	8 semaines	2 789 euros
Durée maximum grossesse simple	6 semaines	10 semaines	16 semaines	5 578 euros
Grossesse simple avec 2 enfants à charge ou ayant eu au moins 2 enfants	8 semaines	18 semaines	26 semaines	9 065 euros
Enceinte de jumeaux	12 semaines	22 semaines	34 semaines	11 854 euros
Enceinte de triplés	24 semaines	22 semaines	46 semaines	15 800 euros

Tableau : durée du congé de maternité et montant des indemnités journalières pour les femmes médecins généralistes conventionnées du secteur 1.

Cas particulier:

- Le congé prénatal non pris ne peut être reporté en période postnatale.
- En cas d'adoption : les indemnités journalières sont dues pour moitié à partir de l'arrivée de l'enfant à domicile en cas d'arrêt d'activité. La durée maximale d'attribution de cette allocation est égale au trois quart de celle en cas de maternité.

- CARMF* et grossesse : pour le trimestre correspondant à l'accouchement, la femme médecin a le droit à 100 points gratuits supplémentaires pour le régime de base et de plus en cas de congé maternité d'au moins trois mois la femme médecin bénéficie de l'exonération d'un semestre de sa cotisation annuelle avec attribution gratuite de deux points.

2.1.2.3.3. La paternité :

Les praticiens libéraux conventionnés affiliés à la PAMC devenant père peuvent bénéficier également d'un congé de paternité indemnisé en cas de naissance ou d'adoption de durée identique à celui des pères salariés. Ce congé doit débiter dans un délai de 4 mois qui suit la naissance de l'enfant. **La totalité des indemnités journalières s'élève à 548,02 euros pour 11 jours et à 896,76 euros pour 18 jours au 1^{er} janvier 2012.**

En cas d'hospitalisation du nourrisson, il peut demander le report du congé à la date de la sortie d'hôpital.

Pour se faire, le médecin doit :

- Déclarer sur l'honneur l'arrêt de toute activité professionnelle,
- Justifier l'affiliation de l'enfant par une copie de l'acte de naissance de l'enfant,
- Fournir une copie du livret de famille
- Ou fournir une copie de l'acte de reconnaissance de l'enfant par le père.

	Durée maximum du congé paternité	Montant total des indemnités journalières (au 1^{er} janvier 2012)
1 seul enfant	11 jours	547 euros
Plusieurs enfants	18 jours	896 euros

Tableau : durée du congé de paternité et montant des indemnités journalières pour les médecins conventionnés secteur 1.

2.1.2.3.4. En cas de décès :

Un capital décès est versé aux ayants-droit du praticien décédé en activité. Ce capital est égal au quart du revenu déclaré et ne peut pas être :

- **Inférieur à 1 % du montant du plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur, soit 363,72 euros au 1^{er} janvier 2012 ;**
- **Supérieur au quart de ce plafond, soit 9 093 euros au 1^{er} janvier 2012.**

La demande pour obtenir ce capital doit être faite, à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dont dépendait le défunt, dans les deux mois s'il y a des enfants à charge ou dans les deux ans si cas contraire.

2.1.3. Liées à la CARMF* :

2.1.3.1 L'affiliation :

Elle doit se faire auprès de la CARMF* **dans le mois qui suit le début de l'activité libérale** pour les médecins titulaires du diplôme de docteur en médecine, inscrits au Conseil de l'Ordre des médecins, à l'aide d'une déclaration accessible sur le site de la CARMF* (www.carmf.fr). Cette

déclaration doit être visée par le conseil départemental de l'Ordre des médecins.

L'affiliation prendra effet le premier jour du trimestre suivant le début de l'activité libérale.

En cas de retard, le médecin risque des majorations.

En libéral, il existe d'autres types d'exercice comme :

- **Médecin remplaçant thésé : affiliation à la CARMF***
obligatoire mais **une dispense d'affiliation** peut être demandée si le médecin n'est **pas assujéti à la Contribution Economique Territoriale** et si son revenu **est inférieur à 11 500 euros en 2 011**, dans ce cas il ne dispose pas de la protection contre les risques incapacité temporaire, invalidité, et décès et le calcul des droits aux régimes de retraite n'est pas pris en compte.
- **Exercice en Sociétés d'exercice libéral (SEL) :** les médecins associés professionnels au sein de la SEL, dirigeants ou non sont obligatoirement affiliés à la CARMF*.
- **Exercice libéral hors territoire national : adhésion de manière volontaire** aux régime de base, complémentaire et invalidité-décès à réaliser dans les deux ans qui suivent le début de l'activité.
- **Exercice en union européenne :** le médecin est soumis à la législation sociale de l'Etat où a lieu son activité (Règlement n°883/2004), et il ne dépend que d'un Etat. **L'adhésion volontaire à la CARMF* reste tout de même possible.**
- **Exercice à l'étranger hors Union Européenne :** le médecin dépend de la législation du pays où il exerce son activité.

Il est impératif de déclarer à la CARMF **tout changement de situation dans un délai d'un mois**, comme les situations familiales (le mariage, le

divorce, le remariage, la naissance d'un enfant,...), les situations professionnelles (le secteur 1 ou 2, le remplaçant, la spécialité, l'activité au sein d'une SEL,...), la modification du domicile, le numéro de téléphone, l'adresse, du numéro de sécurité sociale...

Cas particuliers :

- **La cessation d'activité** : un formulaire (disponible sur le site de la CARMF*) doit être rempli et visé par le Conseil départemental de l'Ordre des médecins. Le médecin indique s'il continue son affiliation à titre volontaire ou demande sa radiation (qui prend effet au premier jour du trimestre suivant la fin de l'activité).
- **La radiation** : prise en compte au premier jour du trimestre suivant la fin de l'activité et les cotisations sont dues jusqu'à la prise en compte de la radiation.

2.1.3.2. Rôle de la CARMF* :

La CARMF* a été instituée **en 1948** et bénéficie d'une **totale autonomie financière pour gérer la retraite et la prévoyance du médecin libéral**. Elle est gérée par des médecins qui constituent **un Conseil d'Administration et des délégués** :

- **le Conseil d'Administration** : est composé d'administrateurs élus par les délégués, d'administrateurs choisis par le Conseil National de l'Ordre des Médecins et d'administrateurs cooptés. Le rôle du Conseil d'Administration est décisionnaire et financier ;
- **les délégués** : départementaux (collège des cotisants) ou régionaux élus tous les 6 ans par les cotisants. Le rôle des délégués est d'informer les affiliés et de soutenir auprès du conseil d'Administration les médecins dans des situations financières difficiles ou en longue maladie.

Quelques chiffres importants au 1^{er} juillet 2012 (âge moyen des cotisants):

- l'âge moyen d'affiliation à la CARMF* était de 37,65 ans ;
- l'âge moyen de départ à la retraite était de 65,42 ans ;
- l'âge moyen des médecins en exercice était de 53,38 ans ;
- l'âge moyen des médecins retraités était de 73,87 ans ;
- l'âge moyen des conjoints survivants était de 79,51 ans.

2.1.3.3. Les cotisations :

Le médecin cotise à **cinq régimes obligatoires** :

- Trois régimes de retraite :
 - 1- Régime de base (RB) ;**
 - 2- Régime des allocations supplémentaires de vieillesse (ASV*) ;**
 - 3- Régime complémentaire vieillesse (RCV).**
- Un régime de préretraite : **4- Allocation de Remplacement de Revenu (ADR)** qui s'éteint fin 2012.
- Un régime de prévoyance : **5- Invalidité-décès(ID).**
- Un régime facultatif : **CAPIMED** (complément de retraite par capitalisation dans le cadre de la Loi Madelin).

2.1.3.3.1. Le calcul des cotisations :

****Le Régime de base (qui représente en moyenne 19 % de la retraite globale) :***

Depuis le 1^{er} janvier 2004, une loi portant sur la réforme des retraites aligne le régime de base du médecin sur celui des salariés.

Avant cette date, une cotisation forfaitaire et proportionnelle (1,4 % des revenus libéraux nets de l'avant-dernière année, dans la limite de 5 fois le plafond de la Sécurité Sociale) était versée à la CARMF*.

Cette réforme a donc modifié le calcul des cotisations.

Il existe actuellement une unique cotisation proportionnelle remplaçant les précédentes.

Premièrement, **en début d'activité :**

Les cotisations provisionnelles sont calculées sur un revenu forfaitaire (dû à l'absence de revenus libéraux sur l'avant-dernière année) :

- 1^{ère} année civile = 19 % du Plafond de la Sécurité Sociale (PSS*)
au 1^{er} janvier de l'année soit 6 911 euros ;
- 2^{ème} année civile = 29 % du PSS au 1^{er} janvier de l'année soit
10 548 euros.

On obtient ainsi des cotisations de **603 euros pour la 1^{ère} année d'affiliation** et de **904 euros pour la 2^{ème} année**.

Sur simple demande du médecin, il est possible de ne pas régler cette cotisation pendant les 12 premiers mois ou de l'étaler sur une période de cinq ans maximum sans majoration de retard.

Puis, les **cotisations font l'objet d'une régularisation N+2.**

En 2014 aura lieu la régularisation de la cotisation de la 1^{ère} année 2 012 selon le revenu professionnel déclaré. **La cotisation devient entièrement proportionnelle.**

Il existe deux tranches en fonction du revenu non salarié :

- **Tranche 1** : taux de **8,6 % jusqu'à 30 916 euros (85 % du PSS*)** ;
- **Tranche 2** : taux de **1,6 % de 30 916 à 181 860 euros.**

La cotisation minimale est de 159 euros pour les revenus inférieurs ou égaux à 1 844 euros et la cotisation maximale est de 5 074 euros.

****le Régime complémentaire vieillesse (RCV) (représente en moyenne 42 % de la retraite) :***

En début d'activité (si le médecin est âgé de moins de 40 ans), les cotisations des deux premières années ne sont pas dues.

Puis, la cotisation est proportionnelle aux revenus non salariés nets de l'année 2010 plafonnés à 123 732 euros. Mais, il n'y a pas de régularisation ultérieure sur les revenus 2012.

Son taux est de 9,2 % et la cotisation maximale est de 11 383 euros.

****Le Régime des Allocations Supplémentaires de Vieillesse (ASV*) (représente en moyenne 39 % de la retraite globale) :***

La cotisation est composée d'une **part forfaitaire qui est de 4 140 euros et depuis juillet 2012 d'une part d'ajustement proportionnelle aux revenus (sur un maximum de revenus de 5 PSS*)** (cf. chapitre 2.1..3.10. la réforme de l'ASV*).

Attention : pour les **médecins du secteur 1**, les **2/3 de la part forfaitaire et également de la part d'ajustement sont pris en charge par la caisse d'Assurance Maladie** soit la somme de 2 760 euros. Donc, à la charge du médecin, il reste la somme de **1 380 euros.**

Pour les médecins du secteur 2, la totalité de la cotisation est due soit 4 140 euros.

****Le Régime de l'Allocation de Remplacement de Revenu (ADR) :***

En début d'activité, la cotisation n'est **pas due**. La **deuxième année**, le taux de la cotisation est appliqué **sur le quart du plafond annuel de la Sécurité Sociale**. Enfin la **troisième année**, il est basé sur la **moitié de ce plafond**.

A partir de la quatrième année, le taux est de **0,035 % du revenu de l'activité conventionnée de 2010**.

Ce régime s'arrête fin 2012.

****Le régime invalidité-décès (ID) :***

La cotisation est **totalelement forfaitaire et comporte trois classes** fonction du revenu de l'activité conventionnée de l'avant-dernière année. Il existe donc :

- **Classe A** : revenu inférieur au plafond annuel de la Sécurité Sociale (soit inférieur à 36 372 euros) soit **une cotisation de 604 euros** ;
- **Classe B** : revenu supérieur au plafond annuel de la Sécurité sociale et inférieur à 3 fois le plafond annuel de la Sécurité Sociale (soit inférieur à 109 116 euros) soit **une cotisation de 702 euros** ;
- **Classe C** : revenu supérieur ou égal à 3 fois le plafond annuel de la Sécurité Sociale soit **une cotisation de 836 euros**.

Les différentes cotisations selon les régimes de la CARMF* :

→ Les régimes de retraite :

Base (RB)	Complémentaire (RCV)	Supplémentaire (ASV*)
Cotisation entièrement proportionnelle ; Régularisation dès que le revenu de 2 012 sera connu : - tranche 1 : 8,6 % jusqu'à 30 916 euros ; - tranche 2 : 1,6 % de 30 916 euros à 181 860 euros.	Cotisation proportionnelle aux revenus nets de 2 010 ; Taux de 9,2 % jusqu'à 127 302 euros.	Cotisation basée sur une part forfaitaire : 1 380 euros en secteur 1 (avec 2 760 euros pris en charge par la CPAM), 4 140 euros en secteur 2 Et sur une part d'ajustement proportionnelle aux revenus nets (depuis 07/2012) dont les 2/3 sera pris en charge par la CPAM* en secteur 1.

Tableau : taux et montants des cotisations des régimes de retraite en 2012.

→ Le régime ADR :

Allocation de remplacement de revenu (ADR)
Cotisation de 0,112 % dont 0,077 % pris en charge par la CPAM soit 0,035 % du revenu conventionnel de 2 010.

Tableau : taux de la cotisation du régime de préretraite (ADR) en 2011.

→Le régime de prévoyance :

Invalidité-décès (ID)
Cotisation forfaitaire selon les revenus non salariés de 2 010 : - Classe A (< 36 372 euros): 604 euros ; - Classe B (entre 36372 euros et 109 116 euros): 720 euros ; - Classe C (≥ 109 116 euros): 836 euros.

Tableau : montant du forfait annuel de la cotisation invalidité-décès en 2012.

Les montants des cotisations en début d'activité libérale et à partir de la quatrième année :

➔ En début d'activité :

	1^{ère} année en 2012		2^{ème} année en 2012		3^{ème} année en 2012	
	Secteur 1	Secteur 2	Secteur 1	Secteur 2	Secteur 1	Secteur 2
Régime de base	603 euros	603 euros	904 euros	904 euros	8,6 % jusqu'à 30 916 euros 1,6 % de 30 916 euros à 181 860 euros	8,6 % jusqu'à 30 916 euros 1,6 % de 30 916 euros à 181 860 euros
Complémentaire (RCV)	0 euros	0 euros	0 euros	0 euros	9,2 % des revenus non salariés nets jusqu'à 127 302 euros	9,2 % des revenus non salariés nets jusqu'à 127 302 euros
ASV	1380 euros	1380 euros	1380 euros	4140 euros	1380 euros	4140 euros
Invalidité-décès(selon les revenus)	604 euros à 836 euros	604 euros à 836 euros	604 euros à 836 euros	604 euros à 836 euros	604 euros à 836 euros	604 euros à 836 euros
ADR	0 euros	0 euros	3 euros	3 euros	0,035 % du revenu professionnel	0,035 % du revenu professionnel
Total	2631 euros	5498 euros	2947 euros	5814 euros	Variable selon les revenus	Variable selon les revenus

Tableau : montant des cotisations des régimes de retraite obligatoires en début d'activité libérale (médecins secteur 1 et 2) en 2011.

➔ A partir de la quatrième année :

Revenus	20 000 euros	60 000 euros	80 000 euros
Régime de base	1720 euros	3124 euros	5074 euros
Complémentaire	1840 euros	5520 euros	11 712 euros
ASV -secteur 1	1380 euros	1380 euros	1380 euros
-secteur 2	4140 euros	4140 euros	4140 euros
Invalidité-décès	604 euros	720 euros	836 euros
ADR	7 euros	21 euros	64 euros
Total-secteur 1	5621 euros	10 868 euros	19 271 euros
-secteur 2	8521 euros	13 835 euros	22 441 euros

Tableau : exemples de cotisations début 2012 des régimes obligatoires de retraite des médecins de secteur 1 selon les revenus de l'activité libérale de 2010.

2.1.3.3.2. Comment déclarer les revenus professionnels ?

Pour pouvoir calculer les cotisations proportionnelles de l'année N, le médecin **doit renvoyer, à la CARMF*, dans les trente jours la demande de déclaration des revenus de N-2 accompagnée d'une copie de l'avis d'impôt de N-1.**

2.1.3.3.3. Le paiement des cotisations :

Les cotisations sont à régler **deux fois par an soit en janvier et en juin, dans les trente jours.**

Sur simple demande, il est possible de mensualiser les cotisations.

2.1.3.3.4. Les réductions des cotisations :

Sur simple demande du médecin, **une dispense peut se faire pour des revenus insuffisants.**

Cette dispense **concerne uniquement le régime complémentaire (RCV) et le régime des allocations supplémentaires de vieillesse.**

➔ **Le régime complémentaire (RCV) :**

Une dispense totale ou partielle de la cotisation peut être accordée, sur demande, compte tenu des revenus du médecin et de son conjoint au titre de l'année précédente. Cette cotisation est déjà proportionnelle aux revenus de l'activité libérale du médecin. En cas de dispense, les points ne sont acquis qu'en proportion de la cotisation réellement réglée.

Barème 2 012	
Revenu imposable du médecin et de son conjoint de l'année 2 011	Taux de dispense
Jusqu'à 4 600 euros	100 %
De 4 601 à 11 400 euros	75 %
De 11 401 euros à 18 200 euros	50 %
De 18 201 euros à 26 000 euros	25 %
Plus de 26 000 euros	0 %

Tableau : taux de dispense de la cotisation du régime RCV en 2012 en fonction du revenu imposable 2 011 du médecin et de son conjoint.

➔ Le régime des Allocations supplémentaires de vieillesse* :

Une dispense d'affiliation au régime ASV* pour 2012 peut être demandée par **le médecin si ses revenus non salariés nets de 2 011 sont inférieurs ou égaux à 11 500 euros.**

Dans ce cas, il n'y aura **pas d'attribution de points.**

2.1.3.3.5. Exonérations pour raison de santé :

Dans ce cas, les exonérations permettent tout de même l'acquisition de points de retraite.

Pour y avoir droit, le médecin doit envoyer, au service médical de la CARMF*, le plus rapidement possible une demande d'exonération accompagnée d'un certificat médical détaillé remis par son médecin traitant.

Cette demande doit être faite au plus tard avant la fin du premier trimestre de l'année suivant celle pour laquelle la demande est faite.

Incapacité totale d'exercice		
	3 mois	6 mois
Régime de base	Pas d'exonérations	100 % de la cotisation annuelle (4 points gratuits)
Régime complémentaire	Exonération de 100 % d'un semestre (2 points gratuits)	100 % de la cotisation annuelle (4 points gratuits)

Tableau : taux des exonérations en 2012 pour les régimes de base et complémentaire de vieillesse en fonction de la durée de l'incapacité totale d'exercer l'activité libérale.

2.1.3.3.6. Les dispenses en fin de carrière :

Les seules dispenses accordées en fin de carrière concernent uniquement les régimes complémentaire et invalidité-décès.

➔ Le régime de base et les régimes ASV et Allocations de remplacement de revenu :

Le médecin doit cotiser jusqu'à la cessation de l'activité libérale.

➔ Les régimes complémentaire vieillesse et Invalidité-décès :

Le médecin est exempté au 1^{er} jour du semestre civil qui suit son 75^{ème} anniversaire.

Il peut s'il le veut continuer à cotiser au régime complémentaire de vieillesse afin d'acquérir des points en fonction de son revenu non salarié.

2.1.3.4. Les prestations versées :

2.1.3.4.1. L'incapacité temporaire de travail :

Le montant des indemnités journalières est fonction de la classe de cotisations, sous certaines conditions :

- Avoir cessé temporairement toute activité pour cause de maladie ou d'accident empêchant toute rémunération de quelle nature que ce soit ;
- Déclarer l'arrêt de travail au plus tard le 60^{ème} jour après le début de l'interruption d'activité. Si on tarde à déclarer l'arrêt de travail, le droit à cette prestation ne pourra débuter qu'à compter du 31^{ème} jour suivant la date de déclaration (sauf dérogation accordée par la Commission de Contrôle de l'Incapacité d'exercice) ;
- être à jour des cotisations, sinon les droits sont ouverts au 31^{ème} jour suivant la mise à jour du compte s'il n'y a pas eu de reprise d'activité ;
- être affilié depuis plus de 2 ans pour les maladies ou accidents dont l'origine est antérieure à la demande d'affiliation. Dans ce cas, des indemnités à taux réduit (46,70 euros par jour) sont versées de la 5^{ème} à la 10^{ème} année.

La déclaration de la maladie ou de l'accident doit se faire le plus tôt possible, même si l'interruption de l'activité est estimée inférieure à 90 jours, car en cas de rechute de la même maladie ou accident dans un délai inférieur à un an, la franchise de 90 jours peut être déterminée en tenant compte des différentes interruptions de travail. Cette déclaration doit être **envoyée sous pli cacheté avec la mention confidentiel au médecin contrôleur accompagné d'un certificat médical comprenant la date et la durée de l'arrêt et la nature de la pathologie à l'origine de l'incapacité temporaire totale de travail.**

La durée de versement des indemnités journalières de l'incapacité temporaire est fonction de l'âge du médecin.

L'âge du médecin au moment de l'accident	La durée de versement des indemnités journalières
Moins de 60 ans	Jusqu'à 36 mois consécutifs ou discontinus au taux plein, puis pension d'invalidité ou nouvelle période de 24 mois (*).
De 60 à 65 ans	Jusqu'à 12 mois puis retraite pour inaptitude ou nouvelle période de 24 mois (*) au taux réduit.
Plus de 65 ans	Mise à la retraite ou attribution des prestations journalières au taux réduit pour une période ne pouvant excéder 24 mois(*).

(*) Sur décision de la Commission de Contrôle de l'Incapacité d'Exercice.

Tableau : durée de versement des indemnités journalières en fonction de l'âge du médecin en cas d'incapacité temporaire en 2012.

En cas de rechute pour la même maladie ou le même accident, survenant dans un délai inférieur à un an, **l'indemnité journalière est reprise à dater du 15^{ème} jour de cette rechute**, sauf dérogation apprécié par la Commission de Contrôle de l'Incapacité d'Exercice.

En cas d'interruption d'activité pour raison médicale, la Caisse primaire d'Assurance Maladie doit être prévenue afin de régulariser le dossier et maintenir la couverture sociale.

Concernant l'imposition, la contribution sociale généralisée (CSG*) de 6,60 % et la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS*) de 0,50 % sont prélevées sur le montant total brut des prestations journalières sauf en cas de non-imposition.

De même, **les indemnités journalières versées par la CARMF* sont soumises à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des pensions.**

Quelques informations:

- **En cas d'arrêt ayant pour cause la grossesse ou les suites de couches normales, il n'y a pas de versement d'indemnités journalières sauf dans le cas d'un arrêt de travail de plus de 90 jours consécutifs à un état pathologique ;**
- **Il est possible de reprendre une activité à mi-temps thérapeutique qui sera indemnisée afin d'encourager la reprise progressive d'une activité ;**
- **Pendant l'arrêt de travail, il est possible de vendre le cabinet ou de prendre un remplaçant.**

2.1.3.4.2. L'invalidité définitive :

Pour pouvoir bénéficier de l'invalidité définitive, le médecin doit remplir **certaines conditions** :

- De ne pas avoir atteint l'âge de départ à la retraite;
- D'être atteint d'une maladie ou victime d'un accident entraînant l'incapacité d'exercer sa profession ou toutes autres professions de santé ;
- D'être à jour de toutes ses cotisations au moment de l'arrêt total et définitif de travail ;
- De justifier d'au moins 8 trimestres d'affiliation si l'origine de la maladie ou de l'accident est antérieure à la demande d'affiliation pour avoir droit à une pension d'invalidité. Le montant est réduit du tiers si ce médecin justifie de 8 à 15 trimestres.

Le montant est fonction du nombre d'années de cotisations au régime invalidité-décès (=période cotisée) et de celui compris entre la date de son invalidité et son 60^{ème} anniversaire (=période assimilée) (voire 62

ans avec la Loi de finance de la Sécurité Sociale pour 2 012) puis la retraite pour inaptitude est attribuée.

La rente d'invalidité est formée de deux parts :

- **Une part forfaitaire fixée à 60 points ;**
- **Une part proportionnelle équivalent à 70 % du nombre de points attribués au médecin.**

Au total, le nombre de points ne peut excéder 140 points. Attention, la rente est versée aussi longtemps que l'état de santé du médecin ne lui permet pas d'assurer sa profession et ce jusqu'à son 60^{ème} anniversaire mais l'âge va passer progressivement à 62 ans. Puis, le médecin peut faire valoir ses droits à la retraite sans abattement.

Il existe des majorations qui sont :

- **Plus 35 % pour le médecin ayant un conjoint** avec lequel il est marié **depuis au moins deux ans** au moment du fait entraînant l'incapacité totale et définitive d'exercer une activité ;
- **Plus 10 % si le médecin a eu au moins 3 enfants ;**
- **Plus 35 % si l'assistance d'une tierce personne est nécessaire.**
- Chaque enfant perçoit **une rente forfaitaire d'un montant de 6 354,40 euros par an (taux annuel par an en 2012) jusqu'à 21 ans pour les enfants à charge ou 25 ans pour les enfants poursuivant des études.**

Par-exemple :

Médecin inscrit à la CARMF* à 33 ans et invalide à 45 ans .Il est marié depuis 20 ans et a 3 enfants à charge.

→Détermination du nombre de points :

- Période cotisée 12 ans (de 33 ans à 45 ans) X 4 points = 48 points ;
- Période assimilée 15 ans (de 46 ans à 60 ans) X 4 points = 60 points.

Soit un total de 108 points.

→Base de calcul :

- Part proportionnelle 70 % de 108 points = 76 points ;
- Part forfaitaire = 60 points

Soit un total de 136 points.

→Montant annuel de la rente d'invalidité :

- Valeur moyenne du point 2012 = 121 ,60 euros ;
- 136 points X 121,60 euros = 16 537,60 euros ;
- Majoration conjoint 35 % = 5 788,16 euros ;
- Majoration familiale 10 % = 2 232,58 euros.

Soit un total de 24 557,90 euros.

→Rente pour les 3 enfants à charge :

- 3 X 6 354,40 euros = 19 063 ,20 euros.

Soit un total de rente annuelle de 43 621,10 euros.

En cas d'invalidité définitive, la Caisse primaire d'Assurance Maladie doit être prévenue afin de régulariser le dossier et maintenir la couverture sociale.

La pension d'invalidité est versée tous les trimestres (en janvier, avril, juillet et octobre).

Concernant l'imposition, la contribution sociale généralisée (CSG*) de 6,60 % et la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS*) de 0,50 % sont prélevées sur le montant total brut de la pension sauf cas d'exonération en cas de non-imposition. Toutes les prestations sont **soumises à l'impôt sur le revenu à la rubrique des pensions, retraites, rentes, par contre la majoration familiale et la majoration pour tierce personne ne sont pas imposables.**

En cas d'invalidité définitive, le médecin doit demander son inscription au tableau de l'Ordre des médecins sous la rubrique « n'exerçant plus » ou demander sa radiation.

2.1.3.4.3. Le décès :

2.1.3.4.3.1. L'indemnité immédiate :

Quelle que soit la cause du décès, **un capital est versé selon certaines conditions :**

- Le défunt doit être **âgé de moins de 75 ans ;**
- Si le médecin décédé est cotisant, ses **cotisations doivent être à jour ;**
- Ou il doit bénéficier de la pension d'invalidité ou de l'allocation de remplacement de revenu.

Ce capital est de **39 000 euros (valeur 2012).**

Les bénéficiaires sont :

- Le **conjoint survivant justifiant de 2 années de mariage** avec le médecin décédé ;
- Ou les enfants âgés de moins de 21 ans et/ou les majeurs infirmes à la charge totale du défunt ;
- Ou, à défaut, le père et/ou la mère du médecin à la charge du défunt.

Si le médecin décédé était retraité, il n'y a pas de capital versé aux ayants-droits.

2.1.3.4.3.2. La rente temporaire :

Une rente temporaire est versée au conjoint survivant et aux enfants à charge au moment du décès, selon certaines conditions :

- Concernant **le conjoint survivant** : il doit être âgé de moins de 60 ans et justifié de deux années de mariage. Il bénéficie d'une rente temporaire jusqu'à ses 60 ans puis il perçoit une retraite de réversion (non cumulable avec un revenu d'activité ou un avantage retraite). Cette retraite est majorée de 10 % si le couple a eu trois enfants ensemble. Par-contre, en cas de remariage, la rente n'est plus perçue.
En cas de concubinage ou de Pacte Civil de Solidarité, il n'y a pas de rente possible, de même si le conjoint est âgé de plus de 60 ans, dans ce cas il bénéficie directement d'une pension de réversion.
- Concernant **les enfants à charge** : une rente leur est versée sans restriction de droits jusqu'à leurs 21 ans ou leurs 25 ans en cas de poursuite d'études. Il existe une majoration pour les enfants orphelins de père et de mère.

Le calcul de la rente temporaire se fait selon

- Le nombre d'années de cotisations ;
- Le nombre d'années comprises entre l'âge au décès et l'année des 60 ans ;
- L'âge du conjoint au décès.

Comme pour les autres prestations, elles sont soumises à l'impôt à la rubrique « pensions, retraite, rentes », sauf la majoration familiale. De même, la rente temporaire est soumise à la CSG* et à la CRDS* à un taux de 7,10 %.

Prestations 2012			
Incapacité temporaire : indemnités journalières versées à partir du 91^{ème} jour en fonction de la classe de cotisations			
Classe(*)	A	B	C
- Taux normal - Taux réduit	62,15 euros 31,75 euros	93,20 euros 47,65 euros	124,30 euros 63,50 euros
Invalidité totale et définitive (rente annuelle, maximum de la classe)			
Classe(*)	A	B	C
- Médecin - Majorations pour conjoint - Par enfant à charge	11 405 euros 3 991,75 euros 6 354,40 euros	17 108 euros 5 987,80 euros 6 354,40 euros	22 810 euros 7 983,50 euros 6 354,40 euros
Assurance décès (moyenne annuelle)			
- Indemnité au décès - Rente annuelle moyenne : -conjoint survivant -par enfant	39 000 euros De 6 075 euros à 12 150 euros 7 155 euros ou 8 910 euros		

(*) : Classe A correspondant à un revenu annuel inférieur au plafond de la Sécurité sociale (< 36 372 euros), classe B correspond à un revenu compris entre 36 372 euros et 109 116 euros, classe C correspond à un revenu supérieur ou égal à 109 116 euros.

2.1.3.5. La pension de réversion :

Depuis la loi Fillon (Loi de financement de la Sécurité sociale de 2009), les dispositions d'acquisition de cette pension sont identiques à celles du régime de base de tous les salariés

Lors du décès du médecin, le conjoint survivant perçoit une pension de réversion selon certaines conditions différentes entre les différents régimes :

1. Le régime de base : l'obtention de la pension de réversion est soumise à des conditions d'âge et de ressources :

- condition d'âge : 55 ans à compter du 1^{er} janvier 2009, ou 51 ans si le décès a eu lieu avant le 1^{er} janvier 2009 ;

- condition de ressources : le plafond annuel de ressources est de 18 720 euros (valeur en 2011) pour une personne seule et de 29 952 euros (valeur en 2011) pour le conjoint vivant de nouveau en couple. Les ressources prises en compte sont les avantages personnels d'invalidité et de vieillesse, les revenus professionnels et les biens immobiliers (ne sont pas pris en compte la valeur de la résidence principale et les biens issus de la communauté). Toutefois, les ressources ne sont plus contrôlées 3 mois après l'obtention de l'ensemble des pensions du régime de base et complémentaire.

Le taux de réversion est de 54 % de la retraite du médecin soit un montant annuel de 3 290,31 euros en 2011 (pour 60 trimestres minimum tous régimes de base confondus).

2. Le régime complémentaire et ASV : la pension est obtenue selon des conditions d'âge, de durée de mariage :

- condition d'âge : 60 ans ;
- condition de durée de mariage : il existe un minimum de 2 ans sauf dérogation statutaire.

Dans ce cas là, il n'existe pas de conditions de ressources. Le taux est de 60 % pour le régime complémentaire et de 50 % pour le régime ASV avec une majoration familiale si le conjoint a eu 3 enfants avec le médecin décédé. Par contre, en cas de remariage, il y a une perte des droits.

Cas particuliers lors des divorces :

- Conjoint divorcé non remarié : partage entre tous les conjoints au prorata de la durée de mariage ;
- Conjoint divorcé remarié : partage entre tous les conjoints au prorata de la durée du mariage uniquement pour la pension de réversion.

2.1.3.6. Le fond d'action sociale de la CARMF* :

Lors de grosses difficultés, la CARMF* peut aider les cotisants ou les prestataires ou leurs ayants droit, par l'intermédiaire du fond d'action sociale (FAS*).

Ce fond d'action sociale est géré par des administrateurs élus par les médecins et est alimenté par :

- des dons et des subventions ;
- les majorations de retard ;
- des sommes affectées par le conseil d'Administration de la CNAV* des professions libérales pour le régime de base ;
- des sommes affectées par le conseil d'Administration de la CARMF* pour les autres régimes ;
- les pensions non réclamées.

Le FAS* permet de **venir en aide aux cotisants sous forme d'avance ou de secours mais également par la prise en charge partielle ou totale des cotisations obligatoires dues à la CARMF***. Il permet également **d'aider financièrement les retraités nécessitant une aide liée à la dépendance.**

Il peut aussi **aider les enfants du médecin décédé à poursuivre leurs études et son conjoint veuf à débiter une formation.**

Mais, parfois, le FAS* ne peut répondre positivement aux demandes.

Il est donc possible de faire appel auprès de la commission d'entraide du conseil national et départemental de l'Ordre des médecins.

2.1.3.7. Calcul de la retraite :

Le calcul de la retraite se fait selon la formule suivante :

→ Allocation Retraite = $P \times V \times T$ dont :

- P est le nombre de points acquis ;
- V est la valeur du point qui diffère selon le régime, par-exemple : V= 0.5547 euros pour le régime de base, V= 76 euros pour le régime complémentaire vieillesse, V= 13 euros pour le régime des Allocations supplémentaires de vieillesse ;
- T est le taux de liquidation (dépend du nombre de trimestres d'assurances acquis dans l'ensemble des régimes confondus et de l'âge du médecin à sa demande de liquidation) qui peut être plein, majoré de 0.75 % par trimestres validés (taux attribué aux assurés prenant leur retraite au-delà de l'âge de 60 ans et ayant cotisés plus de 160 trimestres), minoré de 1.25 % par trimestre manquant dans la limite de 20 trimestres maximum.

Devant l'augmentation de l'espérance de vie (elle prend un trimestre par an), l'âge légal de départ en retraite recule :

- Pour le régime de base de 60 → 62 ans ;
- Pour le régime ASV (avec décote) de 60 → 62 ans ;
- Pour le régime complémentaire (avec décote) de 60 → 62 ans.

L'âge d'annulation de la décote (c'est l'âge où il n'existe pas de décote malgré un nombre insuffisant de trimestres cotisés) recule également :

- Pour le régime de base de 65 → 67 ans ;
- Pour le régime ASV reste pour le moment à 65 ans ;
- De même pour le régime complémentaire.

L'ouverture des droits est possible dès 60 ans selon l'année de naissance de l'adhérent :

Année de naissance	Age légal de départ	Trimestres taux plein	Age d'annulation de la décote
1948	60 ans	160	65 ans
1949	60 ans	161	65 ans
1950	60 ans	162	65 ans
1951 (<i>né jusqu'au 30/06</i>)	60 ans	163	65 ans
1951 (<i>né à partir du 1^{er} juillet</i>)	60 ans et 4 mois	163	65 ans et 4 mois
1952	60 ans et 9 mois	164	65 ans et 9 mois
1953	61 ans et 2 mois	165	66 ans et 2 mois
1954	61 ans et 7 mois	166	66 ans et 7 mois
1955	62 ans	166	67 ans
Génération suivantes	62 ans ?	166	67 ans ?

Tableau : âge de départ et nombre de trimestres d'assurance (selon la Loi de financement de la Sécurité Sociale de 27/12/2011) pour le régime de base en 2012 (non concernées les générations nées avant le 01/07/1951).

N.B.: le complémentaire et l'ASV* uniquement pour l'âge légal et pour l'instant l'âge sans décote reste fixée au régime complémentaire et ASV* à 65 ans.

2.1.3.8. Comparaison entre la retraite des médecins et des salariés du secteur privé :

La somme des cotisations retraite en 2011, au titre de l'activité libérale, s'élève, pour un revenu de 90 000 euros à 15 963 euros, environ 18 % (y compris la part ASV* de l'Assurance Maladie). Avec la réforme de l'ASV* (cf. chapitre 2.1.3.10), elle sera augmentée à environ 21 % en 2017.

Pour un salarié du secteur privé, la somme des cotisations s'élève, pour un même revenu à 21 731 euros (part salariale et patronale) soit environ 24 %.

Au second trimestre 2012, la retraite servie par la CARMF* pour un revenu de 90 000 euros est de 2 600 euros dont environ 1 000 euros d'ASV*.

En ce qui concerne les salariés du secteur privé, la retraite de base versée ne peut excéder 50 % du montant du PSS* soit 18 186 euros en 2012.

2.1.3.9. Le cumul retraite et activité libérale :

Les conditions pour cumuler avec ou sans limitation des revenus la retraite et une activité professionnelle dépendent des conditions du régime de base :

- **Le cumul sans limitation des revenus :** possible à partir de 60 ans (→62 ans) selon **trois conditions** :
 - 1. Age légal pour le régime de base (60 ans→62 ans) ;**
 - 2. Durée de cotisation pleine en régime de base ;**
 - 3. Liquidation de l'ensemble des pensions obligatoires.**

Si ces conditions ne sont respectées, il faut alors attendre l'âge d'annulation de la décote (65 ans → 67 ans) ou attendre d'avoir atteint la durée au régime de base (40 ans → 41.5 ans).

Sinon, le cumul est limité sur le plan des revenus.

- **le cumul avec limitation des revenus** : possible à partir de 60 ans (→ 62 ans) lorsque le médecin n'a pas atteint la totalité de la durée de cotisation ouvrant droit au régime de base à taux plein ou l'âge d'annulation de la décote (65 ans → 67 ans).

Les limitations de revenu sont :

- à partir de 60 ans (→ 62 ans) d'un PSS* (=36 372 euros en 2012) ;
- à partir de 65 ans (→ 67 ans) de 130 % PSS* (= 47 283 euros en 2012).

2.1.3.10. La réforme de l'ASV* :

Suite au décret du 25/11/2011 (faisant suite à la Loi de financement de la Sécurité Sociale de décembre 2005), le régime de l'Allocation supplémentaire de vieillesse a été réformé afin d'éviter la faillite de ce régime (qui représente en moyenne 39 % de la retraite globale soit en 2012 retraite moyenne = 2600 euros dont 1006 euros d'ASV*).

Sans cette réforme, la situation du régime ASV* aurait été catastrophique avec un arrêt partiel de règlement des retraites dès 2014 (moins 25 %) pour arriver ensuite à moins 66 % en 2025 (c'est-à-dire qu'en 2025, les prestations auraient été 3 fois plus importantes que les cotisations).

Les points importants de cette réforme sont :

- **La hausse des cotisations** : étalée sur six ans et débutant à partir du 07/2012. L'augmentation concerne la cotisation forfaitaire et la mise en place d'une cotisation d'ajustement proportionnelle aux revenus. Ces deux cotisations restent toujours prises en charge aux 2/3 par la CPAM* pour les médecins du secteur 1.

La création d'une cotisation proportionnelle permet de réduire les cotisations des médecins avec de bas revenus (système plus équitable). Mais, elle entraîne l'acquisition de points supplémentaires (au maximum 9) entrant dans le cadre d'un mécanisme de solidarité d'effort.

	Cotisation forfaitaire	Cotisation d'ajustement
2011	4140 euros	
2012	4300 euros	0,25 %
2013	4400 euros	0,90 %
2014	4500 euros	1,50 %
2015	4650 euros	2,10 %
2016	4850 euros	2,60 %
2017	4986 euros	2,80 %

Tableau : 1^{er} point de la réforme de l'ASV* : création d'une cotisation d'ajustement proportionnelle à partir de juillet 2012 et hausse progressive des cotisations forfaitaire et proportionnelle étalée sur 5 ans.

Ce qui représente une hausse progressive de 17 % de la cotisation forfaitaire entraînant un surcoût pour le médecin du secteur 1 de 1 ,3 % de son revenu moyen (en 2017 : un surcoût pour le médecin du secteur 1 de 100 euros).

- **La diminution des prestations :**

→ Pensions liquidés avant le 01/01/2011 : la valeur actuelle du point est de 15,55 euros et passera progressivement en 3 ans à 14 euros en 2015 (soit une baisse de 10 % en euros courants).

→ Pensions non liquidés ou liquidés à partir du 01/01/2011 : la valeur actuelle du point est de 15,55 euros et passera progressivement à partir du 2nd semestre 2012 à 13 euros (soit une baisse de 16 % en euros courants).

→ Pensions de réversion : la valeur de service du point reste inchangée à 15,55 euros pour les 300 premiers points.

- **La mise en place d'un mécanisme de coordination** : un 1^{er} rendez-vous entre les différents acteurs (l'Etat, les Caisses, les Syndicats médicaux et la CARMF*) aura lieu en juillet 2015 puis tous les 5 ans afin d'évaluer la valeur future des points de retraite et d'étudier les paramètres du régime et les conditions d'équilibre de ce régime. Ce mécanisme permettra d'anticiper les difficultés afin de maintenir au mieux un système de retraite équilibré.

2.2. Souscrire à une assurance Responsabilité Civile et Professionnelle :

La souscription à un contrat de responsabilité civile et professionnelle est **obligatoire depuis la Loi du 4 mars 2002**. Cette loi pose, premièrement, le principe de protection des victimes dans le cadre de l'activité professionnelle du praticien et, deuxièmement, le principe de la responsabilité pour faute et établit que toute demande de réparation doit être engagée dans un délai maximal de 10 ans à compter de la date de consolidation du dommage.

Ce contrat permet d'assumer les risques financiers inhérents aux préjudices occasionnés à la patientèle. En cas de défaut de contrat, le médecin doit réparer financièrement par lui-même les préjudices occasionnés et étant dans l'illégalité il encourt des **sanctions financières, disciplinaires et pénales dont une amende de 45 000 euros et une peine complémentaire d'interdiction d'exercer une activité professionnelle**.

Il est également indispensable de prévenir l'assureur de tout changement de situation.

Attention, en cas de remplacement, le médecin remplaçant thésé ou non doit avoir souscrit son propre contrat de responsabilité civile et professionnelle.

Sont exclues des garanties :

- Les actes médicaux prohibés ;
- Les dommages causés à l'entourage ;
- La faute intentionnelle de l'assuré ;
- Le paiement de l'amende ;
- La couverture des risques survenant à l'étranger.

Le contrat doit être souscrit auprès de compagnies d'assurance spécialisée dans le domaine médical afin que les garanties soient au plus proches des risques professionnels.

Il est souhaitable de **renforcer cette assurance par une souscription à un contrat de protection juridique.**

En cas de difficultés rencontrées dans la vie privée ou professionnelle (hors litige relevant de la RCP*), ce contrat permet de prendre en charge les frais de procédure ou de fournir un avocat à l'assuré.

2.3. Les autres contrats à souscrire :

Les autres contrats correspondent au contrat d'assurance du véhicule, d'assurance du local et du matériel professionnel et de prévoyance perte d'exploitation.

Ces différentes couvertures ne font pas partie de la protection sociale proprement dite mais sont très importantes. En cas de sinistre et d'impossibilité d'exercer son activité pour cause d'incendie ou de dégâts des eaux par-exemple, le médecin peut rapidement se retrouver dans des problèmes financiers qui peuvent entraîner des problèmes sociaux car les frais fixes liés au cabinet ainsi que les cotisations obligatoires courent toujours. Il faut donc prendre en compte :

2.3.1. Le contrat d'assurance véhicule :

Ce contrat concerne le véhicule dans sa partie professionnelle car il peut être utilisé soit en partie ou en totalité dans son travail.

Selon la loi, seul le conducteur du véhicule est responsable des accidents, dommages causés aux tiers à son véhicule.

L'assurance dite « aux tiers » peut être suffisante. On pourra envisager une assurance tous risques selon la valeur du véhicule.

Il faut donc prévenir les assureurs que le véhicule est également un outil de travail permettant de se rendre au cabinet et de réaliser les visites, voire utiliser par un éventuel remplaçant donc étendre l'assurance aux conducteurs exceptionnels.

Les accidents du trajet sont ainsi pris en charge par l'assurance auto quand celle-ci est déclarée voiture professionnelle.

De plus, fiscalement, on peut déduire l'assurance en frais professionnels au prorata de l'utilisation dans la vie professionnelle.

2.3.2. Contrat d'assurance du local et du matériel professionnel :

2.3.2.1. Principe et objectifs :

Légalement, tout occupant d'un local le rend responsable des dommages causés aux tiers.

Il faut donc prévoir obligatoirement un contrat couvrant les murs et les biens contenus dans le local ainsi que le matériel professionnel.

Au cas où le médecin est locataire, la souscription à cette assurance concerne les risques collectifs, au cas où le médecin est propriétaire la valeur de reconstruction et les risques aux tiers.

2.3.2.2. Quelles garanties ?

Seuls les capitaux déterminés aux conditions particulières du contrat sont pris en compte.

D'où, la nécessité d'établir pour chaque garantie (vol, incendie, dégâts des eaux...) un montant le plus précis que possible. Il faut donc faire appel à son assureur et ne pas hésiter à lui faire visiter le local afin d'établir des montants justifiés.

Les principales garanties prises en compte sont :

-La garantie vol : dans tous les cas, l'assureur demande que le local réponde à des mesures de protection minimum comme par-exemple la présence de volets ou barreaux de protection des fenêtres, alarme ou non ...

En cas de non respect de ces conditions, le vol n'est alors pas garanti. Le plus simple est de faire venir l'assureur au cabinet qui vérifiera si ces conditions sont respectées et le notera par écrit sur le contrat afin d'éviter tout malentendu en cas de vol.

-La garantie incendie : il faut faire attention aux clauses d'exclusion surtout si au sein du cabinet il existe des compresseurs, des bouteilles d'oxygène ... prévenir l'assureur.

-La garantie dégâts des eaux : également faire attention aux différentes clauses d'exclusion.

2.3.2.3. Ce qu'il faut retenir :

- Vérifier le montant des capitaux garantis et la présence d'une renonciation à l'Article L-121.5 du code des assurances, ainsi en cas d'insuffisance des capitaux garantis, l'assureur diminue proportionnellement à la sous-assurance l'indemnité due.
- Vérifier que l'ensemble du matériel (comme l'informatique) est bien garanti.
- Remettre à jour régulièrement son contrat afin de prendre en compte des changements de matériel (acquisition ou cession).

2.3.3. Contrat de prévoyance perte d'exploitation :

Ce contrat n'est **pas obligatoire mais fortement recommandé** en cas d'installation.

Il permet de **couvrir les frais généraux permanents du cabinet** (le loyer, les cotisations, les salaires, les charges) et la perte du revenu d'activité.

Pour cela, il faut prendre en compte quelques points comme :

- Souscrire à un contrat annuel, avec une date de reconduction postérieure à l'établissement de la déclaration fiscale (2035) afin de connaître les montants exacts à assurer et de les adapter selon l'évolution du cabinet ;
- Adapter les montants assurés selon l'évolution du cabinet ;
- Choisir des délais de franchise adaptés à sa trésorerie ;
- Couvrir les frais d'installation et de location provisoires de matériel en cas de sinistre ;
- Choisir correctement les options de couverture des frais généraux permanents et des bénéfices professionnels en cas de sinistre matériel ou de sinistre corporel.

3.Troisième partie :les cotisations facultatives (cf. annexe 9):

Le système de protection sociale tel quel est obligatoire mais présente des limites qui peuvent très vite engendrées de graves préjudices pour le médecin ainsi que sa famille.

Ces limites sont :

- Un déficit dans les remboursements de certains frais médicaux ;
- Une carence importante de couverture dans le cas d'une interruption d'activité, en effet les indemnités journalières ne débutent qu'à partir

du 91^{ème} jour pour une durée maximale de 3 ans, alors que tout arrêt d'activité engendre tout de même des frais de gestion et de cabinet ;

- Une retraite de plus en plus fragile et insuffisante liée au rapport insuffisant entre le nombre de cotisants et le nombre de retraités.

Il vaut donc mieux prévenir que guérir. Pour cela, le médecin généraliste dispose :

- De complémentaire santé ;
- De contrats de prévoyance et d'assurances vie ;
- De contrats de retraite complémentaire.

3.1. L'assurance complémentaire maladie :

Sa souscription n'est pas obligatoire mais permet de compléter le remboursement par les organismes de sécurité sociale, surtout lors d'hospitalisations où les frais peuvent vite être lourds financièrement. Selon les besoins du souscripteur, la complémentaire santé peut comprendre la prise en charge des frais optiques, des frais dentaires et le forfait hospitalier et etc...

Le choix se portera surtout sur l'étendue des indemnisations qui sont exprimées soit en frais réels, soit sous forme de forfaits annuels, soit en pourcentage du tarif conventionnel.

Ces complémentaires sont le plus souvent proposées par des mutuelles ou des compagnies d'assurance privée.

Certaines assurances complémentaires entrent dans le cadre de la loi Madelin permettant la déduction des cotisations.

3.2. La couverture complémentaire au régime de prévoyance CARMF*:

Cette couverture complète celle de la CARMF* qui est insuffisante en cas de cessation d'activité temporaire ou définitive. Il faut donc contracter des garanties de prévoyance complémentaires. Selon les organismes, l'âge limite est de 55 à 70 ans.

Le but est de couvrir :

- **Un minimum d'indemnités journalières ;**
- **Les charges fixes du cabinet ;**
- **L'invalidité partielle ou totale, sous forme d'une rente servie jusqu'à l'âge de la retraite ;**
- **Les ayants-droits si le médecin est décédé avant l'âge de la retraite.**

Comment choisir cette couverture :

→ **Pour l'arrêt de travail :** selon deux types de contrats :

- **Le contrat indemnitaire :** la prestation sera basée sur le maximum du bénéfice non commercial déclaré, dans ce cas l'assuré fixe lui-même le montant de l'indemnité journalière ;
- **Le contrat forfaitaire :** l'adhérent choisit le montant des indemnités journalières selon les cotisations proposées par l'organisme.

Il faut donc prendre en compte :

- **Le montant journalier des prestations** afin d'être au plus près du bénéfice non commercial variant le plus souvent entre 7,50 euros et plus de 400 euros;
- **Le délai de franchise** (< à 90 jours) varie le plus souvent entre 8 et 90 jours ;
- **La durée totale de versement des prestations ;**
- **Les garanties accessoires** comme la possibilité de s'assurer pour les frais liés au remplacement ou de souscrire une garantie « exonérations de cotisations » pour être dispensé de régler les

échéances du contrat de prévoyance lorsque que le médecin n'a plus de revenus, ou avoir l'assistance d'une garde pour les enfants et d'une aide à domicile ou la prise en charge des frais professionnels (les loyers, les charges, les salaires,...) en cas d'inactivité.

→**Pour l'invalidité** : il faut **choisir un contrat prenant en compte le taux d'invalidité professionnelle** et non celui de l'invalidité fonctionnelle. Le plus souvent, les assureurs proposent plusieurs contrats comprenant le versement d'une rente à partir d'un taux d'invalidité supérieure à 66 % ou le versement d'une rente minorée lorsque le taux est moins important. En plus d'une rente d'invalidité, un capital est également proposé par la plus part des organismes.

→**Pour le décès** : il faut prévoir un contrat ayant un capital venant compléter celui octroyé par la CARMF*. Ce capital sera versé à un bénéficiaire désigné en cas de décès et le plus souvent il n'est pas soumis aux frais de succession. L'adhérent peut également choisir de transformer ce capital en rente et dans ce cas-là il bénéficie de la déductibilité dite « Loi Madelin » pendant le contrat.

→**D'autres garanties** : certains organismes proposent par-exemple la garantie dépendance permettant le versement d'une rente en cas de nécessité de l'intervention d'une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne afin de favoriser le maintien à domicile ; les rentes d'éducation pour les enfants jusqu'à 21 ans ; la garantie pension du conjoint permettant au conjoint du défunt le versement d'une rente temporaire jusqu'aux 60 ou 65 ans.

De plus, il faut savoir qu'il existe **des délais d'attente** c'est-à-dire une période durant laquelle l'assuré n'est pas couvert alors qu'il paie déjà sa cotisation, par-exemple pour les accidents l'assuré est couvert dès l'adhésion, pour la maladie les garanties débutent le plus souvent au bout de 3 mois, pour l'intervention chirurgicale le délai est de 6 mois, pour les troubles psychopathologiques il est de 12 mois.

Dans le marché, il existe de nombreux contrats qui ont l'avantage d'être très souple permettant de les adapter au mieux aux besoins des médecins :

- Le contrat Convention d'assurance et de prévoyance (CAP) de l'Association générale interprofessionnelle de prévoyance et d'investissement (AGIPI) prévoit :
 - en cas d'arrêt de travail : un complément palliant la franchise de versement de la CARMF* pendant les 90 premiers jours d'arrêt ;
 - en cas d'invalidité : un capital et une rente selon des barèmes spécifiques d'invalidité adaptés aux professionnels médicaux ;
 - en cas de décès : versement d'un capital décès, une rente d'éducation versé aux enfants jusqu'à leurs 26^{ème} anniversaire sans condition de poursuite d'études et une pension du conjoint ;
 - d'autres garanties possibles comme l'Assurance relais pour le crédit (ARC) permettant le remboursement partiel ou total des crédits en cours en cas d'incapacité temporaire ou totale de travail ou de décès de l'assuré ;
- Le contrat « tout-en-un » de l'Association générale des médecins de France, membre du Groupe Pasteur Mutualité : l'assuré a le choix parmi de nombreuses garanties minimales et peut inclure également des garanties facultatives ;
- Le contrat de la Macsf* : l'assuré choisit obligatoirement parmi trois garanties : le capital décès-invalidité totale et définitive, la rente de conjoint survivant ou la rente d'éducation puis il développe librement son plan de prévoyance pour les indemnités journalières.
- Et d'autres comme le contrat multi garanties (Ampli Pro) de l'Avenir mutuel des professions libérales et indépendantes (Ampli), le contrat Géométris Protection Intégrale de l'assureur April, le contrat Promultis de la Mutualité française, etc...

3.3. Les assurances vie :

Elles permettent de garantir le versement d'une certaine somme d'argent lorsque survient le décès de la personne assurée par accident ou par maladie.

L'assurance vie permet de se constituer un capital ou de le faire fructifier de manière assez simple et sécurisée.

Il existe deux types de contrats :

- Le contrat mono-support dit en euros : le capital investi et les intérêts versés chaque année sont garanties par l'assureur ;
- Le contrat multi-support : l'épargne peut aussi être investie sur d'autres fonds (SICAV actions, fonds communs de placement ou sociétés civiles de placement immobilier), le capital varie donc à la hausse ou à la baisse selon l'évolution de la valeur des fonds.

3.4. La loi Madelin et la retraite = CAPIMED :

Ce système permet au médecin généraliste de se constituer une retraite par capitalisation grâce à un ou des versements annuels. Ce capital sera transformé en rente à la date de liquidation de la retraite, qui correspond au nombre de points acquis multiplié par la valeur du point.

Les avantages :

- Les cotisations sont fiscalement déductibles des revenus professionnels ;
- La souplesse dans le montant des versements en fonction des possibilités des revenus professionnels ;
- Les capitaux constitués ne sont pas soumis à la CSG* ou à la CRDS*, ni à l'impôt sur les plus-values, ni aux droits de succession.

Les inconvénients :

- L'obligation de versement tous les ans ;
- Pas de récupération possible du capital acquis sauf en cas d'invalidité de 3^{ème} classe (c'est-à-dire une incapacité totale d'exercer une activité professionnelle et nécessitant l'aide d'une tierce personne pour effectuer les actes de la vie quotidienne).

La loi Madelin du 11 février 1994 permet à un médecin d'intégrer dans ses frais professionnels les primes et les versements effectués dans le cas des assurances complémentaire santé, des plans de prévoyance complémentaire et des compléments de retraite dans le cadre d'une retraite par capitalisation.

Les déductions fiscales consistent :

- Pour la prévoyance à 3,75 % du revenu professionnel de l'année N-1 avec un plancher de 3,75 % du plafond de la Sécurité sociale (PSS* en 2012 = 36 372 euros) et un plafond de 7 % du PSS* dans la limite de 8 PSS ;
- Pour la retraite à 10 % du bénéfice professionnel de l'année N-1 retenu dans la limite de 8 PSS* avec un plancher de 10 % du PSS* et un supplément de 15 % sur la fraction du bénéfice comprise entre 1 et plafonds annuels.

En résumé, pour les retraites complémentaires, le choix se porte sur la volonté ou non de disposer d'un capital ou de recevoir chaque mois des revenus réguliers.

Le meilleur choix se porte sur les assurances vies pour disposer facilement d'un capital sans avoir les contraintes liées par-exemple à la gestion dans le cadre de l'immobilier ou les placements boursiers.

Pour la constitution d'une rente, le choix se porte sur la loi Madelin.

TABLEAU RECAPITULATIF : les informations importantes à connaître lors de la première installation en milieu libéral :

<u>PREMIERE INSTALLATION</u>	
<u>Inscriptions obligatoires</u>	<u>Inscriptions facultatives mais indispensables</u>
1. S'inscrire au tableau de l'Ordre des Médecins (cf. annexe 10) : • Copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine accompagné de l'annexe en médecine générale, • Extrait d'acte de naissance, • Photocopie de la carte d'identité française, • Extrait de casier judiciaire (de moins de 3 mois), • Déclaration sur l'honneur qu'aucune condamnation ou sanction n'est en cours, • Trois photographies d'identité, • Questionnaire rempli en double exemplaire (un pour le conseil départemental et l'autre pour le conseil national).	1. Souscrire une assurance volontaire contre les accidents de travail auprès de sa Caisse d'Assurance Maladie.
2. S'inscrire auprès de la DDASS* et du greffier du tribunal de Grande Instance.	2. Souscrire des assurances privées complémentaires : • Une assurance complémentaire santé, • Une garantie incapacité temporaire de travail, • Une garantie rente d'invalidité professionnelle, • Une garantie rente d'éducation, • Une garantie décès et invalidité fonctionnelle définitive.
3. S'affilier à la CARMF* ouvrant droit aux prestations pour l'incapacité temporaire de travail, l'invalidité définitive et le décès.	
4. S'inscrire auprès de l'URSSAF* donnant droit aux prestations familiales et à la formation continue.	
5. S'affilier à la CPAM* permettant de garantir des prestations en nature des assurances maladie et maternité, des prestations en espèces versées en cas de maternité ou de paternité, des prestations de l'assurance décès.	
6. Souscrire une assurance responsabilité civile professionnelle.	

CONCLUSION

CONCLUSION

Le système de protection sociale en France est très complexe mais est l'un des plus complets. Il s'est construit sur plusieurs décennies.

Au cours des années, de nombreux progrès ont également été réalisés pour la protection sociale du médecin généraliste, comme la mise en place des indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident du travail, la protection des femmes médecins en cas de maternité, la protection des conjoints et des enfants en cas de décès ou d'invalidité du praticien ...

Cette protection nécessite de nombreuses démarches, des obligations et des cotisations obligatoires ou d'autres facultatives.

Or, les futurs médecins sont peu formés à un exercice libéral avec ses particularités administratives, juridiques, fiscales et sociales.

Le but de notre travail fut d'aborder les multiples démarches à réaliser auprès des différents organismes (l'URSSAF*, la CPAM*, la CARMF*) et d'évoquer les cotisations obligatoires nécessaires au versement de prestations éventuelles.

Ces démarches sont essentielles afin d'être correctement protégé contre les difficultés financières qui peuvent survenir. Le passage du monde universitaire le plus souvent hospitalier au monde professionnel libéral est donc le plus souvent vécu comme une expérience difficile et pour la plupart des jeunes médecins la protection sociale passe au second plan en début d'activité. Or, l'insuffisance de protection peut entraîner de graves difficultés pour soi mais également pour sa famille.

Cependant, le système de protection sociale obligatoire du médecin en France présente des limites d'où la nécessité de faire appel à des organismes privés afin de compléter cette couverture sociale (prévoyance complémentaire, complémentaire maladie, complémentaire retraite).

Notre ouvrage montre qu'il existe des assurances proposant de nombreux contrats permettant de se protéger au mieux.

Il faut tout de même être prudent dans le choix de ces contrats. De toutes les solutions proposées au médecin, la juxtaposition de l'assurance vie et de la Loi Madelin semble être un bon compromis.

Nous notons depuis quelques années un changement important dans le système de retraite. Suite à la loi de Financement de la Sécurité Sociale (décembre 2006), un décret de novembre 2011 a réformé l'ASV* qui était vouée à la faillite. Cette faillite s'explique par l'augmentation de l'espérance de vie, par la diminution de la démographie médicale libérale (choix d'une activité hospitalière pour beaucoup d'internes de médecine générale), par la féminisation de la profession et par un âge d'affiliation plus tardif (39 ans), tout ceci entraîne une diminution des cotisations et des difficultés pour financer les retraites.

Ce décret est souvent décrié car il entraîne une augmentation sur plusieurs années des cotisations avec en contrepartie une diminution progressive des prestations.

Nous espérons que ce guide apporte les informations nécessaires à une meilleure protection au cours de l'exercice libéral afin d'effectuer celui-ci le plus sereinement possible.

Mieux vaut prévenir que guérir.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

1. *La protection sociale en France*, ADECRI, 2008, disponible sur http://www.adecri.org/images/stories/pdf-adecri/la_protection_sociale_en_france.pdf.
2. *Historique du système français de sécurité sociale*, Comité d'histoire de la sécurité sociale, disponible sur http://www.securite-sociale.fr/comprendre/histo/historique/gdes_dates.htm#1830.
3. *Nouvelle convention médicale*, mis à jour le 14/09/2012, article disponible sur <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/nouvelle-convention-medicale> artois.php.
4. *Résumé de la Loi du 4 mars 2002*, INSERM*, disponible sur [http://www.ethique.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/ViewAllDocumentsByUNID/88E658CF18C0C977C12570A500515341/\\$File/R%C3%A9sum%C3%A9+A+Salfati.pdf?OpenElement](http://www.ethique.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/ViewAllDocumentsByUNID/88E658CF18C0C977C12570A500515341/$File/R%C3%A9sum%C3%A9+A+Salfati.pdf?OpenElement).
5. *Le régime français de sécurité sociale, les assurances sociales*, Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale, disponible sur http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france1.html#a.
6. *Le régime français de sécurité sociale, l'assurance accident du travail et maladies professionnelles*, Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale, disponible sur http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france2.html.
7. *Le régime français de sécurité sociale, les prestations familiales*, Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale, disponible sur http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france3.html.

8. *Le régime français de sécurité sociale, retraites complémentaires*, Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale, disponible sur http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france4.html.

9. *Le régime français de sécurité sociale, assurance chômage*, Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale, disponible sur http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france5.html.

10. *Les missions de la sécurité sociale, la branche maladie*, portail de la Sécurité Sociale, disponible sur <http://www.securite-sociale.fr/comprendre/organisation/brmaladie.htm>.

11. *Les missions de la sécurité sociale, les branches accidents de travail-maladies professionnelles*, disponible sur <http://www.securite-sociale.fr/comprendre/organisation/bratmp.htm>.

12. *Les missions de la sécurité sociale, la branche famille*, disponible sur <http://www.securite-sociale.fr/comprendre/organisation/brfamille.htm>.

13. *Les missions de la sécurité sociale, la branche vieillesse*, disponible sur <http://www.securite-sociale.fr/comprendre/organisation/brvieillesse.htm>.

14. *Les missions de la sécurité sociale, les cotisations*, disponible sur <http://www.securite-sociale.fr/comprendre/organisation/brcotisations.htm>.

15. *Les missions de la sécurité sociale, organigramme institutionnel de la sécurité sociale*, disponible sur <http://www.securite-sociale.fr/institutions/organigr/organigramme.htm>.

16. *Protection sociale du professionnel libéral*, L'Entreprise Libérale, hors-série Janvier 2007, 95 p.

17. WALLERANT (C.), *Vade-mecum du remplacement libéral en médecine générale*, thèse pour le diplôme d'Etat du docteur en médecine, Année 2004, pp. 44-88, pp.89-95.

18. *Le guide du cumul retraite / activité libérale*, CARMF*, octobre 2012, 12p.

19. *La protection sociale du praticien ou auxiliaire médical*, AMELI, article mis à jour le 10/02/2012 disponible sur http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demandes/par-situation-professionnelle/vous-travaillez/vous-etes-praticiens-ou-auxiliaire-medical_artois.php.

20. *Congé de maternité des praticiennes libérales*, MG France, 26/06/2012, disponible sur <http://www.mgfrance.org/content/viex/432/641/>.

21. *Sans détour info : carnet spécial prévoyance du médecin*, ASSUMED-SCAMED, 2011, 43 p.

22. POINDRON (P-Y), *Le coût de l'imprévoyance*, Le Concours Médical, 15 septembre 2006, numéro spécial, p.4-5.

23. POINDRON (P-Y), *La prévoyance obligatoire, ce sur quoi vous pouvez compter en cas de maladie ou d'accident*, Le Concours Médical, 15 septembre 2006, numéro spécial, p.6-10.

24. PERRIN (C.), *Couverture complémentaire, comment choisir la plus adaptée à ses besoins ?*, Le Concours médical, 15 septembre 2006, numéro spécial, p.11-14.
25. PERRIN (C.), *Les différents produits sur le marché*, Le Concours médical, 15 septembre 2006, numéro spécial, p.15-20.
26. *Préparer sa retraite sans stress*, MACSF INFO, mars 2012, numéro 20, p.22.
27. HOLUE (C.), *ASV : la faillite en 2013*, PANORAMA DU MEDECIN, numéro 5195, 21 septembre 2010, p.17.
28. *En attente de profondes réformes*, LE MEDECIN DE FRANCE, numéro 1154, 15 novembre 2010, p.4-5.
29. *Les propositions de la CSMF pour sauver la retraite des médecins*, LE MEDECIN DE FRANCE, numéro 1154, 15 novembre 2010, p.6.
30. COUSIN (S.), *A l'abri des mises en cause même après la retraite*, IMPACT MEDECIN, numéro 505, 28 juin 2012.
31. BLANCHERE (J.-P.), *Guide pratique de la création et gestion du cabinet médical*, Editions Elsevier Masson, 2010, 82 p.

32. *Atlas des jeunes médecins, à vos côtés pour votre carrière*, Ordre national des médecins, janvier 2011, 14 p., disponible sur <http://www.conseil-national.medecins.fr/article/le-guide-des-jeunes-medecins-1084>.
33. *Le guide de l'affilié*, informations de la CARMF*, décembre 2011-numéro 59, 52 p.
34. *La contribution à la formation professionnelle*, URSSAF*, 1^{er} janvier 2012, 6 p.
35. *Les cotisations en début d'activité*, URSSAF*, 1^{er} janvier 2012, 5 p.
36. *Praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés : la protection sociale du créateur d'entreprise*, URSSAF*, 10^{ème} édition, janvier 2011, 16 p.
37. *Guide du médecin cotisant*, CARMF*, novembre 2012, 20 p.
37. *Préparer sa retraite*, CARMF*, novembre 2012, 16 p.
38. *Guide du cumul retraite – activité libérale*, CARMF*, novembre 2012, 12 p.
39. *Le rapport du directeur*, CARMF*, 2011, 134 p.

40. Conférence des A.R.A.P.L.* : *Responsabilité civile des professionnels libéraux de la santé*, Bulletin des A.R.A.P.L.*, septembre 2001, numéro 54, pp. 6-22.

41. DUPLESSIS (A.-S.), *Cumul retraite – activité libérale : une mini-révolution*, Le Généraliste, 14 mai 2004, numéro 2290.

42. *Mémento du médecin libéral*, AGMF-GPM*, édition 2006, 98 p.

43. *Le guide de l'installation*, SNJMG*, édition 2005.

44. BARBIER (M.-C.), D'AUBERTON (I.), *La protection sociale du médecin*, Doin Editions, 1997, 150 p.

45. *Mémento pratique : professions libérales 2005-2006*, éditions Francis Lefebvre, p.717-855.

ANNEXES

ANNEXE 1 : formulaire de déclaration de choix de médecin traitant :

cerfa
N° 12485*02

DÉCLARATION DE CHOIX DU MÉDECIN TRAITANT
(art. L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale)

IMPORTANT { inscrire les nom, prénom et adresse en majuscules
inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire

l'assuré(e)
nom _____
(noms, s'il y a lieu, du nom d'épouse)
prénom _____
n° d'immatriculation _____

le bénéficiaire
nom _____
(noms, s'il y a lieu, du nom d'épouse)
prénom _____
date de naissance _____
adresse de l'assuré(e) _____

identification de la structure d'exercice et du médecin traitant

raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement (*)	nom et prénom du médecin traitant
nom _____ prénom _____	nom _____ prénom _____
n° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET) _____ (*) centre de santé, établissement ou service médico-social	identifiant _____

déclaration conjointe du bénéficiaire et du médecin traitant
le bénéficiaire et le médecin traitant s'engagent conjointement à respecter les dispositions de l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale

bénéficiaire (et parent ou titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs de - 16 ans) Je soussigné(e), M., Mme, Mlle _____ déclare choisir le médecin identifié ci-dessus, comme médecin traitant signature(s) _____	médecin traitant Je soussigné(e), Docteur _____ déclare être le médecin traitant du bénéficiaire cité ci-dessus signature _____
--	---

déclaration signée le _____

S 3704a

Merci d'envoyer la déclaration complétée et signée à votre caisse d'assurance maladie.

La loi 78-17 du 6-1-78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale)

ANNEXE 2 : formulaire protocole de soins :



n°11626*03

protocole de soins

articles L. 324-1, L. 322-3-3° et 4° et D. 322-1 du Code de la sécurité sociale
articles 71-4 et 71-4 -1 du Règlement Intérieur des caisses primaires

volet médical 1
à conserver par
le médecin conseil

personne recevant les soins

• **identification de la personne recevant les soins**
 nom et prénom (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))
 adresse

numéro d'immatriculation
si ce numéro d'immatriculation n'est pas connu, remplissez la ligne suivante
 date de naissance de la personne recevant les soins

• **identification de l'assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))**
 nom et prénom de l'assuré(e) (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))
 numéro d'immatriculation de l'assuré(e)

information(s) concernant la maladie

• **diagnostic(s) de l'(des) affection(s) de longue durée motivant la demande et sa (leurs) date(s) présumée(s) de début**
 1
 2
 3

• **arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents (dans le cas de polypathologie invalidante décrire l'état invalidant)**

actes et prestations concernant la maladie (à compléter par votre médecin traitant)

spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques ou dispositifs médicaux	(1)	suivi biologique prévu (type d'actes)	(1)
		recours à des spécialistes (préciser la spécialité et le type d'acte spécialisé prévu)	(1)
		recours à des professionnels de santé para-médicaux	(1)

(1) Sont exclus du bénéfice de l'exonération du ticket modérateur, les éléments cochés par le médecin conseil, qui seront pris en charge selon les conditions du droit commun.
 durée prévisible des soins : durée prévisible de l'arrêt de travail, s'il y a lieu :
 reclassement professionnel envisagé : oui non

proposition du médecin traitant (cocher la(les) case(s) correspondante(s))

ALD non exonérante	1	ALD 30 (liste)	2	ALD hors liste	3	polypathologie invalidante	4	autre	5
--------------------	---	----------------	---	----------------	---	----------------------------	---	-------	---

décision du médecin conseil

accord au titre de (2)	du	au	pour
accord au titre de (2)	du	au	pour
accord au titre de (2)	du	au	pour

(2) Le médecin conseil reporte le chiffre correspondant à la situation adéquate listée dans la rubrique précédente (1 pour ALD non exonérante, 2 pour ALD 30.....)
 refus nature et motif du refus

date

signature et cachet du médecin traitant

protocole valable jusqu'au

signature et cachet du médecin conseil

cachet de l'établissement ou du centre de référence

La loi 78-17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers nominatifs garantissant un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.

S 3501 c

ANNEXE 3 : formulaire arrêt de travail :

cerfa n°10170*04

avis d'arrêt de travail

☐ initial ☐ de prolongation (*) **volet 1, à adresser au service médical**

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. le Médecin-Conseil
(art. L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-5, L.323-6, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, L.376-1, D.615-23 et D.615-42 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

numéro d'immatriculation : Ce modèle est présenté à titre d'information.
nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'époux(se)) : Pour votre démarche, le formulaire original
prénom : vous sera fourni par l'organisme d'assurance
code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier vitale) : maladie.
adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) :
code postal : ville : n° de téléphone :
bâtiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence :
(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

activité salariée **profession indépendante**
sans emploi date de cessation d'activité : précisez votre situation (voir notice 1)

l'arrêt prescrit fait suite à un accident causé par un tiers (voir notice 2) : oui date : non
l'arrêt prescrit fait suite à une cure thermique : oui non
l'arrêt prescrit est en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre : oui non
(*) si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin traitant ou le médecin qui a prescrit l'arrêt initial, cochez la case correspondante :
médecin remplaçant le médecin traitant : médecin spécialiste consulté : à l'occasion d'une
ou le médecin prescripteur initial : à la demande du médecin traitant : hospitalisation
autre cas : précisez et indiquez le motif :

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :
adresse :
n° téléphone :
e.mail :

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) :
et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres) : inclus

sans rapport* **en rapport*** avec une affection visée aux articles L.324-1 et R.613-69 du Code de la sécurité sociale (voir notice 3)
sans rapport* **en rapport*** avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 4)
* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées : oui à partir du : non
(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 5)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :
non oui à partir du (voir notice 5 bis)

reprise à temps partiel pour raison médicale à partir du (voir notice 6)
(art. L.323-3 du Code de la sécurité sociale)

éléments d'ordre médical (voir notice 7) :

date :
signature du praticien :
identification du praticien et le cas échéant de l'établissement :

S 3116 f

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.
La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L.114-13 du Code de la sécurité sociale, 441-1 du Code pénal).

ANNEXE 4 : formulaire de déclaration de grossesse :

Premier examen médical prénatal (à adresser à l'organisme chargé des prestations familiales)		cerfa n° 10112*04	
		Madame	Monsieur
Votre nom	Ce document est mis en ligne pour consultation uniquement.		
Nom d'époux(se) si vous le portez	Pour votre démarche, un formulaire original sera utilisé		
Votre prénom			
Votre lieu de naissance			
Votre date de naissance			
Votre adresse	Adresse, si elle est différente		
Votre profession	☐ Agricole ☐ Non agricole	☐ Agricole ☐ Non agricole	
Vous êtes :	☐ Salariée ☐ Non salariée ☐ Sans activité professionnelle ☐ Autre, précisez : _____	☐ Salarié ☐ Non salarié ☐ Sans activité professionnelle ☐ Autre, précisez : _____	
Recevez-vous des prestations familiales ?	☐ OUI ☐ NON		
Sous quel numéro d'allocataire ?			
Madame, êtes-vous assurée sociale ?	☐ OUI ☐ NON		
Si OUI indiquez votre numéro d'immatriculation			
Si NON à quel(le) assuré(e) êtes-vous rattaché(e) ?			
Son nom et son prénom			
Indiquez son numéro d'immatriculation			
Madame, voulez-vous préciser ? (réponse facultative)	Nombre d'enfants à charge	Nombre de grossesses antérieures	
	Temps de transport quotidien (domicile, travail et retour)		
La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Art. L. 377-1 du Code de la Sécurité sociale. Art. L. 441-1 du Code pénal).			
Signature	Je soussigné(e) certifie exacts les renseignements fournis ci-dessus		
	Le 20	Signature(s) :	
La loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du directeur de votre Caisse d'allocations familiales.			
Attestation du médecin ou de la sage-femme Cachet	• Je soussigné(e), certifie que Madame _____ a subi le _____ l'examen médical général et obstétrical. • J'atteste également que les examens obligatoires prévus par la réglementation ont été prescrits.		
	DATE PRESUMEE DU DEBUT DE LA GROSSESSE	Signature du médecin ou de la sage-femme :	

S. 4110 e

ANNEXE 5 : formulaire accident du travail/maladies professionnelles :

for0090032



n°11138*02

certificat médical accident du travail maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

☐ initial ☐ de prolongation
☐ final ☐ de rechute

Volet 1, à adresser
par le praticien à
l'organisme dans
les 24 heures

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)	
régime :	général ☐ agricole ☐ autre ☐ lequel ? :
numéro d'immatriculation :	
nom (suivi s'il y a lieu du nom d'époux(se)) :	Ce modèle est présenté à titre d'information. Pour votre démarche, le formulaire original vous sera fourni par l'organisme d'assurance maladie.
prénom :	
adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) :	
code postal :	ville :
batiment :	escalier :
	étage :
	appartement :
	code d'accès de la résidence :
(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence	
s'agit-il	d'un accident du travail ? ☐ d'une maladie professionnelle ? ☐
date de l'accident ou de la 1 ^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle :	(voir notice ⑤)
présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle :	oui ☐ non (2) ☐
(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)	
l'employeur	
nom, prénom ou dénomination sociale :	
adresse :	
	n° téléphone :
	courriel :
les renseignements médicaux	
• constatations détaillées (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice ⑤)	
• conséquences	
soins sans arrêt de travail ☐ jusqu'au	
arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres)	inclus
sorties autorisées : oui ☐ à partir du	non ☐
(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ⑤)	
par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :	
non ☐ oui ☐ à partir du	(voir notice ⑤)
reprise de travail le	(voir notice ⑤)
reprise d'un travail léger pour raison médicale ☐ à partir du	
(art. L. 433-1 du Code de sécurité sociale. Voir notice ⑤)	
éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire ou la reprise d'un travail léger	
(voir notice ⑤)	
• conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice ⑤)	
guérison avec retour à l'état antérieur ☐	date
guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure ☐	date
consolidation avec séquelles ☐	date
certificat établi le	identification du praticien et, le cas échéant, de l'établissement
à	
signature du praticien	

S 6909b

La loi 78-17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L.114-13 du Code de la sécurité sociale, 441-1 du Code pénal).

275 DESEN

ANNEXE 6 : tableau récapitulatif des prestations familiales :

Prestations familiales du 1er avril 2012 jusqu'au 31 mars 2013
avant la retenue opérée au titre de la CRDS

Type de prestations	% B.M.A.F. (399 €)	Montant mensuel en euros*	Conditions de ressources	Soumis à la CRDS
Allocations familiales				
- deux enfants	32	127,68	non	oui
- trois enfants	73	291,27	non	oui
- pour chaque enfant en plus	41	163,59	non	oui
- majoration de 11 à 16 ans	9	35,91	non	oui
- majoration plus de 16 ans	16	63,84	non	oui
- Forfait d'allocations familiales	20,23	80,73	non	oui
Complément familial	41,65	166,18	Oui	oui
Allocation de soutien familial				
- taux plein	30	119,7	non	oui
- taux partiel	22,5	89,78	non	oui
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé				
- de base	32	127,68	non	non
- complément 1re catégorie	24	95,76	non	non
- complément 2e catégorie	65	259,35	non	non
- complément 3e catégorie	92	367,08	non	non
- complément 4e catégorie	142,57	568,85	non	non
- complément 5e catégorie	182,21	727,02	non	non
- complément 6e catégorie	-	1018,91	non	non
Majoration personne isolée				
- 2e catégorie	13	51,87	Non	Non
- 3e catégorie	18	71,82	Non	Non
- 4e catégorie	57	227,43	Non	Non
- 5e catégorie	73	291,27	Non	Non
- 6e catégorie	107	426,93	Non	Non
Allocation journalière de présence parentale (AJPP)				
- Couple	10,63	42,41	non	oui
- Parent isolé	12,63	50,39	non	oui
Complément pour frais (montant par mois)	27,19	108,49	non	oui
Prestations d'accueil du jeune enfant (PAJE)				
- prime de naissance	229,75	916,70	oui	oui
- prime d'adoption	459,50	1833,41	oui	oui
- Allocation de base	45,95	183,34	oui	oui
- Complément libre choix activité				
En cas de non perception de l'allocation de base				
. taux plein	142,57	568,85	non	oui

Prestations familiales du 1er avril 2012 jusqu'au 31 mars 2013
avant la retenue opérée au titre de la CRDS

Type de prestations	% B.M.A.F. (399 €)	Montant mensuel en euros*	Conditions de ressources	Soumis à la CRDS
. activité au plus égale à 50 %	108,41	432,56	non	oui
. Activité > 50 % et ≤ 80 %	81,98	327,10	non	oui
<i>En cas de perception de l'allocation de base</i>				
. taux plein	96,62	385,51	non	oui
. activité au plus égale à 50 %	62,46	249,22	non	oui
. Activité > 50 % et ≤ 80 %	36,03	143,76	non	oui
- Complément du libre choix du mode de garde				
Emploi direct - enfant de 0 à 3 ans				
. Si revenus ≤ 20.281	114,04	455,02	non	oui
. Si revenus > 20.281 et ≤ 45.068	71,91	286,92	non	oui
. Si revenus > 45.068	43,13	172,09	oui	oui
Association ou entreprise enfant de 0 à 3 ans				
- assistante maternelle				
. Si revenus ≤ 20.281	172,57	688,55	oui	oui
. Si revenus > 20.281 et ≤ 45.068	143,81	573,80	oui	oui
. Si revenus > 45.068	115,05	459,05	non	oui
- garde à domicile				
. Si revenus ≤ 20.281	208,53	832,03	oui	oui
. Si revenus > 20.281 et ≤ 45.068	179,76	717,24	oui	oui
. Si revenus > 45.068	151	602,49	non	oui
Allocation de rentrée scolaire (ARS)				
Si revenus < 23.200 avec un enfant				
Si revenus < 28.554 avec 2 enfants				
Si revenus < 33.908 avec 3 enfants				
Par enfant de 6 à 11 ans	72,50	289,27		
par enfant de + de 11 ans à 14 ans	76,49	305,19		
par enfant de + de 15 ans à 18 ans	79,15	315,81	oui	oui
Prime de déménagement				
(versée en une seule fois)	240	957,60	Oui	non
Maximum pour trois enfants				

* Les montants figurant ci-dessus sont mentionnés avant précompte de la CRDS.

CRDS contribution au remboursement de la dette sociale

BMAF base mensuel de calcul des allocations familiales

ANNEXE 7 : URSSAF : déclaration des revenus professionnels des praticiens et des auxiliaires médicaux conventionnés :



Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

DÉCLARATION DES REVENUS PROFESSIONNELS PRATICIENS ET AUXILIAIRES MÉDICAUX (arrêté du 29 janvier 1999)

L'UR vous informe ...

références du document

N° PAM :
N° ETI :
N° SIRET :
N° de pièce :
Date :



pour nous contacter

Madame, Monsieur,

Je vous prie de bien vouloir remplir la présente déclaration de revenus afin de me permettre de procéder au calcul de vos cotisations. L'absence de déclaration vous exposant à une taxation d'office, ce document doit être retourné **avant le :**

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Le Directeur.

AVANT DE COMPLÉTER CE DOCUMENT, REPORTEZ-VOUS À LA NOTICE

		BÉNÉFICES (en euros)	ou	DÉFICITS (en euros)
A	MONTANT DES REVENUS DE L'ACTIVITÉ CONVENTIONNÉE (y compris les revenus de remplacement et les cotisations facultatives)	➤ +		-
B	MONTANT DES AUTRES REVENUS PROFESSIONNELS NON SALARIÉS, NON AGRICOLES (y compris les cotisations facultatives)	➤ +		-
C	MONTANT DES REVENUS DE REMPLACEMENT Important : voir notice	➤ +		-
D	MONTANT DES COTISATIONS SOCIALES PERSONNELLES OBLIGATOIRES	➤ +		-
E	TOTAL A+B+C+D	➤ +		-

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements donnés et m'engage à signaler immédiatement les modifications ultérieures de mon revenu.

Fait à :

le :

Nom :

Signature :

Qualité :

Toute fraude ou fausse déclaration est punie d'emprisonnement selon les termes des articles 441-1 du code pénal et L.377.1 du code de la Sécurité Sociale. La loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les dossiers vous concernant auprès de notre organisme.

DOCUMENT À RETOURNER À L'U.R.S.S.A.F.

Modèle S.2362b

ANNEXE 8 : CPAM : formulaire de demande d'admission à l'assurance volontaire des accidents de travail et des maladies professionnelles :

N° DE CERFA 603419 SÉCURITÉ SOCIALE	DEMANDE D'ADMISSION A L'ASSURANCE VOLONTAIRE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES (Article L 743-1 et article R 743-1 à 5 du Code de la Sécurité Sociale)	VOLET 1	C.P.A.M.
---	---	-------------------	----------

CADRE RÉSERVÉ A LA C.P.A.M. RÉGIME..... C.P.A.M. AFFILIATION.....	C.P.A.M. N° DE DOCUMENT 1 0 0 EFFET D'IMMATRICULATION..... C.P.A.M. PREST.....	C.R.A.M. 1 0 0 CENTRE PAIE.....	
--	--	--	--

DÉCLARANT

(1) ☐ Monsieur ☐ Madame ☐ Mademoiselle

NOM.....
(EN CAPITALES D'IMPRIMERIE) - (POUR LES FEMMES, INDIQUER SUR CETTE LIGNE LE NOM DE JEUNE FILLE)

PRÉNOMS.....
(DANS L'ORDRE DE L'ÉTAT CIVIL)

ÉPOUSE DE.....
(EN CAPITALES D'IMPRIMERIE)

SEXE..... (1) ☐ Masculin ☐ Féminin Nationalité.....

DATE DE NAISSANCE.....
JOUR MOIS AN LIEU DE NAISSANCE (POUR PARIS ET LYON INDIQUER L'ARRONDISSEMENT) N° DÉPART N° COMMUNE

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA PERSONNE NÉE HORS DE FRANCE MÉTROPOLITAINE, QU'IL S'AGISSE DE PERSONNE DE NATIONALITÉ FRANÇAISE OU ÉTRANGÈRE
(Joindre la copie ou la photocopie de la pièce d'état civil sur laquelle vous avez relevé les informations ci-après) :

Pays de naissance..... Nom du père..... 1 ^{er} prénom du père..... PERSONNE NÉE EN ALGÉRIE OU EN TUNISIE Douar..... N° acte de naissance.....	Province..... Nom de jeune fille de la mère..... 1 ^{er} prénom de la mère..... PERSONNE NÉE AU MAROC Tribu ou Obila..... Fraction tribu ou kesma.....
--	--

ADRESSE

N°..... VOIE.....
(NATURE ET NOM DE LA VOIE)

PRÉCISE.....
(COMPLÉMENT D'ADRESSE : VILLA, LIEUDIT, LOTISSEMENT, CITÉ, RÉSIDENCE, BATIMENT, ESCALIER, ÉTAGE)

COMMUNE.....
(CODE POSTAL) (BUREAU DISTRIBUTEUR - A INDIQUER S'IL EST DIFFÉRENT DE LA COMMUNE DE RÉSIDENCE)

Le déclarant a-t-il déjà été immatriculé aux Assurances Sociales ? (1) ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, sous quel numéro d'identification.....

Profession.....

N° d'inscription au registre (1) ☐ du commerce ☐ des métiers.....

CONDITIONS DANS LESQUELLES LE TRAVAIL EST EXERCÉ

(Le déclarant mentionnera les circonstances de nature à renseigner exactement la Caisse sur son activité professionnelle : travail à domicile, à façon pour une clientèle privée, emploi de moteurs mécaniques, utilisation ou non pour l'exercice de la profession d'un moyen de locomotion : lequel ? collaborateurs, salariés ou non, etc.).

Salaire annuel devant servir de base au calcul de la cotisation et éventuellement des rentes :.....

(Ce salaire ne peut être inférieur à F, ni supérieur à F)

(Voir notice explicative)

Certifié exact à.....
 ie.....

Signature,.....

Mettre une croix dans la case de la réponse exacte. Exemple : pour répondre OUI, ☒ OUI ☒ NON

La loi 78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un

**ANNEXE 9: les adresses utiles et les sites internet concernant la
prévoyance du médecin généraliste libéral :**

Organisme	Adresse	Téléphone	Fax	Site internet
<u>April Assurances</u>	27 rue Maurice Flandin 69 403 Lyon cedex 03	04.72.36.73.73	04.78.53.65.18	www.april.fr
<u>Association d'aide aux familles de médecins en difficulté (AFEM)</u>	168 rue de Grenelle 75 007 Paris	01.45.51.55.90	01.45.51.54.78	info@afem.net
<u>Association d'généraliste interprofessionnelle de prévoyance et d'investissement (AGIPI)</u>	10 av. Pierre Mendès- France 67 312 Schiltigheim cedex	01.40.08.93.00	01.40.08.93.33	www.agipi.com
<u>Association généraliste des médecins de France-groupe Pasteur mutualité</u>	34 bd de Courcelles 75 809 Paris cedex 17	0810.229.505	01.40.54.54.40	www.agmf-gpm.fr
<u>Association des conjointes de médecin (ACOMED)</u>	120 av. Charles de Gaulle 92 522 Neuilly-sur- Seine cedex	01.46.40.38.85	03.85.48.58.94	www.acomed.free.fr
<u>Association regroupant les conjointes des professionnels de santé</u>	7 rue de la Comète 75 007 Paris	02.37.34.65.13	02.37.30.85.29	www.acopsante.org
<u>Avenir mutuel des professions libérales et indépendantes (AMPLI)</u>	27 bd Berthier 75 858 Paris cedex 17	01.44.15.20.00		www.ampli.org
<u>Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF)</u>	46 rue Saint- Ferdinand 75 841 Paris cedex 17	01.40.68.32.00		www.carmf.fr
<u>Caisse nationale d'assurance- maladie des professions indépendantes (CANAM)</u>	Centre Paris- Pleyel 93 251 Saint-Denis cedex	01.49.33.38.00	01.49.33.38.03	www.canam.fr
<u>Conseil national de l'ordre des</u>	180 bd Haussmann	01.53.89.32.00	01.53.89.32.01	www.conseil- national.medecin.fr

<u>médecins (CONOM)</u>	75 008 Paris			
<u>La médicale de France-Predica</u>	13-15 rue de Nancy 75 499 Paris cedex 10	0810.201.030	01.57.72.56.25	www.medicale de France.fr
<u>La mutuelle du médecin</u>	31 av. de l'Opéra 75 001 Paris	0800.423.052	01.42.61.07.26	www.mutuelle.org
<u>Mutuelle d'assurance du corps sanitaire français (MASCF)</u>	10 cours du Triangle de l'Arche, TSA 40 100, 92 919 La Défense cedex	0810.408.020		www.macsfr.fr
<u>Union nationale de prévoyance de la Mutualité française</u>	255 rue de Vaugirard 75 719 Paris cedex 15	01.40.43.30.30		www.mutualite-prevoyance.com

ANNEXE 10 : questionnaire à remplir en vue de l'inscription au tableau de l'Ordre des médecins :

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS		Médecins actifs
	Tampon du Conseil Départemental DE ... 2, Rue ... (Angle Place ...) 59043 LILLE CEDEX	PHOTOGRAPHIE A remplir par les Services de l'Ordre
Code du département INSCRIT le No IDENTIFICATION FICHIER	jour mois an sous le n° C N	
1 NOM, prénoms : _____		
2 Nom de naissance : _____		
3 Adresse du lieu d'exercice principal _____ Code postal _____ Tél. : _____ Mobile : _____ Télécopie : _____ Adresse e-mail : _____		Cette adresse figurera au Tableau de l'Ordre ; elle sera publiée conformément aux dispositions de l'art. L 4113-2 du Code de la Santé publique.
4 Adresse personnelle : _____ Code postal _____ Tél. : _____ Mobile : _____ Adresse e-mail : _____		Cette adresse figurera au Tableau de l'Ordre si vous n'avez pas rempli la case 3 Code I.N.S.E.E. géographique
5 Autre lieu d'exercice (établissement de soins, cabinet secondaire...) Adresse : _____ Code postal _____ Téléphone : _____ Où voulez-vous recevoir le courrier : 3 ou 4 ⁽¹⁾ ☐		Code I.N.S.E.E. géographique
6 Date prévue du début d'exercice jour mois an		
7 Sexe ⁽²⁾ masculin ☐ 1 féminin ☐ 2		

(1) Porter votre réponse dans la case (2) Entourer la case concernée

8

Lieu de naissance :

Date de naissance ⁽¹⁾ :

jour mois an

A remplir par les
Services de l'Ordre

9

Nationalité :

précisez par quel } ☐ naissance
moyen vous avez } ☐ naturalisation
acquis la nationalité } ☐ déclaration
française ⁽²⁾ } ☐ mariage

A quelle date ?

jour mois an

(fournir toutes pièces justificatives, certificat de nationalité, décret de naturalisation, déclaration, etc.)

10

Situation militaire pour les hommes ⁽³⁾ :

Avez-vous fait

Votre service militaire ?

1

Etes-vous

sursitaire ?

2

réformé ?

3

ajourné ?

0	4
---	---

Avez-vous été

exempté ?

5	
---	--

dispensé ?

6

pour quel motif :

Si vous avez été médecin d'active,

7

précisez la date de votre départ des cadres :

11

Etes-vous (2) :

célibataire ☐ marié(e) ☐ veuf(ve) ☐ divorcé(e) ☐ concubin(e) ☐

Date et lieu
de naissance
du conjoint :

Profession
du conjoint :

Ces renseignements
facultatifs
sont destinés à l'Entraide

12

NOM, prénoms et
date de naissance
de vos enfants : _____

(1) Porter votre réponse dans la case (2) Mettre une croix dans la case concernée (3) Entourer la case concernée

13 Date d'obtention du diplôme permettant l'exercice : A remplir par les
Services de l'Ordre

☐ A diplôme ancien régime des études médicales
☐ N diplôme nouveau régime des études médicales ⁽¹⁾
☐ E diplôme UE ou AELE
☐ S diplôme suisse

Lieu d'obtention : _____

Type du diplôme ⁽¹⁾

d'Etat	1	UE ou AELE	7
d'Université	3	suisse	9

14 Autorisation d'exercice ⁽¹⁾

☐ Type 2 Médecin Autorisé Enseignant Date d'autorisation _____
☐ Type 4 Médecin Autorisé en Formation Date d'autorisation _____
☐ Type 5 Médecin Autorisé (art. L 356, 2° et 4111-2 CSP) Date d'autorisation _____
☐ Type 6 Médecin Praticien Contractuel Date d'autorisation _____
☐ Type 9 Arrêt Hocsman Date d'autorisation _____

15 Spécialité

◆ Nouveau Régime

D. E. S. _____

D.E.S.C. (groupe II) _____

◆ Ancien Régime

Qualification reconnue par l'Ordre (C.E.S. ou commission de qualification)

Par quel conseil départemental ? _____ ⁽²⁾ A quelle date ? _____ ⁽³⁾

◆ Européenne

Qualification obtenue dans un pays de l'UE ou de l'AELE

Dans quel pays ? _____ Date _____ ⁽³⁾

16 Autres qualifications de compétence qui vous ont été reconnues par l'Ordre (ancien régime) :

_____ CD _____ Date _____ ⁽³⁾

_____ CD _____ Date _____ ⁽³⁾

17 Autres diplômes

◆ D.E.S.C. : nombre ☐

◆ D.I.S.

◆ Capacité : nombre ☐

◆ Diplômes interuniversitaires (DIU) ou universitaires (DU) de formation complémentaire

(1) Entourer la case concernée (2) Code du département (3) Indiquer l'année

18

Titres universitaires ou hospitaliers (détailler et fournir les justifications)

A remplir par les
Services de l'Ordre

19-I VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE

Veuillez préciser ci-dessous votre situation professionnelle

07 ☐Vous avez une
ou des activités
professionnelles
régulières06 ☐Vous n'avez qu'une activité
professionnelle **intermittente** :
remplacements discontinus
ou réguliers,
vacations occasionnelles...05 ☐Vous n'avez **aucune activité**
professionnelle :
période de formation,
situation d'inactivité
pour convenance personnelle...Ne cochez
qu'un seul
de ces codes

II

VOS CADRES D'ACTIVITÉ

Veuillez préciser ci-dessous la ou les modalités de votre activité professionnelle, même si celle-ci n'est que partielle ou intermittente

Mettez autant de croix qu'il
est nécessaire dans les
cases correspondantes

A

Médecine libérale

11 ☐ Cabinet personnel
ou14 ☐ Cabinet de groupe
ou association16 ☐ Etablissement de
soins privé18 ☐ Laboratoire
d'analyses médicalesPrécisez
la structure
juridique1 ☐ Association
d'exercice2 ☐ Société Civile
de Moyens3 ☐ Société Civile
Professionnelle4 ☐ S.E.L.9 ☐ Autre forme

Précisez

Nombre de médecins
exerçant dans le groupe☐1 ☐
monodisciplinaire2 ☐
pluridisciplinaire

B

Médecine hospitalière salariée

22 ☐ C.H.U. ou C.H.R.24 ☐ Autres hôpitaux publics (CHG-CHS)26 ☐ Etablissement de soins privé
participant au service public1 ☐ P.H. à temps partiel2 ☐ Attaché vacataire3 ☐ A temps plein avec secteur privé4 ☐ A temps plein sans secteur privé5 ☐ Assistant ou chef de clinique6 ☐ PAC 1 ☐ temps plein2 ☐ temps partiel7 ☐ Praticien associéPAC : Date de conclusion du contrat
passé avec l'établissement : jour mois an

Date d'expiration du contrat : jour mois an

C

Médecine salariée

- 30 ☐ Médecine du travail
- 31 ☐ Médecine scolaire ou universitaire
- 32 ☐ P.M.I.
- 33 ☐ Dispensaire, centre de santé
- 34 ☐ Praticien-conseil de la Sécurité Sociale
- 36 ☐ Aide sociale, art. 115, etc.
- 37 ☐ Organisme de recherche public ou à but non lucratif
- 38 ☐ Administration publique de l'Etat ou des collectivités territoriales
- 39 ☐ Autres cadres de médecine salariée

Temps plein
Temps partiel

☐ ☐
1 2

☐ ☐
1 2

☐ ☐
1 2

☐ ☐
1 2

☐ ☐
1 2

☐ ☐
1 2

☐ ☐
1 2

☐ ☐
1 2

☐ ☐
1 2

Mettez autant de croix qu'il est nécessaire dans les cases correspondantes

A remplir par les Services de l'Ordre

D

Médecine légale - Expertises

- 41 ☐ Médecine légale
- 43 ☐ Expertises judiciaires
- 44 ☐ Expertises de Séc. soc.
- 45 ☐ Expertises pour le Ministère des Anciens Combattants

Temps plein
Temps partiel

☐ ☐
1 2

Assurances privées

- 46 ☐ Missions pour les sociétés d'assurance privée
- 47 ☐ Médecin de compagnie d'assurances
- 48 ☐ Contrôle d'absentéisme

Temps plein
Temps partiel

☐ ☐
1 2

49 ☐ Médecin agréé

E

Médecine humanitaire

- 42 ☐ Activité permanente

F

Autres activités médicales ou paramédicales

- 51 ☐ Pharmacie - Pro Pharmacie
- 52 ☐ Industrie pharmaceutique
- 53 ☐ Auxiliaire médical
- 59 ☐ Autres activités (appareils ou appareillage médicaux...)

G

Activités non médicales (préciser la nature de l'activité)

- 61 ☐

H

Précision sur l'activité principale

Si vous exercez dans deux départements, veuillez préciser celui de votre activité principale :



NATURE DE VOTRE ACTIVITÉ MÉDICALE

Mettez autant de croix qu'il
est nécessaire dans les
cases correspondantes

A remplir par les
Services de l'Ordre

Vous exercez la médecine de soins :

Exercice de la médecine générale

- 81 ☐ Médecine générale
- 82 ☐ Médecine générale et compétence
reconnue par l'Ordre
1 ☐ exercice cumulé
2 ☐ exercice limité
à la compétence
- 88 ☐ Médecine générale et capacité
1 ☐ exercice cumulé
2 ☐ exercice limité
à la capacité
- 83 ☐ Médecine générale avec une
orientation préférentielle
1 - Homéopathie
1 ☐ temps plein
2 ☐ temps partiel
2 - Acupuncture
1 ☐ temps plein
2 ☐ temps partiel

Exercice exclusif d'une spécialité assorti ou non d'une compétence

- 85 ☐ Vous êtes qualifié spécialiste
(sont assimilés les médecins
bi-compétents exclusifs en
gynécologie médicale et obstétrique)
- 93 ☐ Vous êtes qualifié spécialiste
+ compétence
1 ☐ temps plein
2 ☐ temps partiel
- 94 ☐ Vous êtes qualifié spécialiste
+ DESC
1 ☐ temps plein
2 ☐ temps partiel
- 95 ☐ Vous êtes qualifié spécialiste
+ capacité
1 ☐ temps plein
2 ☐ temps partiel

Exercice de la médecine thermique

- 87 ☐ vous exercez la médecine thermique

Pour chaque question, rayer la mention inutile

20 Avez-vous été Inscrit à
un tableau de l'Ordre ?

OUI NON

Dans quel(s)
département(s)
et à quelle(s) date(s) ?

21 Avez-vous effectué des
remplacements ?

OUI NON

comme étudiant
ou comme
docteur en médecine

OUI NON

Enumérer les adresses
et les noms des médecins
remplacés au cours des
deux dernières années,
de quelle date
à quelle date :

22 Avez-vous subi un refus
d'inscription ?

OUI NON

Si oui, pour quel motif ?

23

Si vous exercez en association, SCM, SCP SEL,
quels sont les noms
et qualifications
éventuelles de votre
ou de vos associés ?

A remplir par les
Services de l'Ordre

24

Avez-vous des intérêts dans un organisme ou dans une entreprise en rapport avec des activités médicales ou paramédicales ?
Lesquels ?

Pour chaque question, rayer la mention inutile

OUI NON

25

Avez-vous un projet de contrat ? ou avez-vous conclu un (ou des) contrat(s) ayant pour objet l'exercice de votre profession (articles L 4113-9, 4113-10, 4113-12, 4163-10 du Code de la Santé publique, 83, 84, 91 et 92 du Code de Déontologie - voir feuille annexe)

OUI NON

Bail ou mise à disposition
d'un local ?

OUI NON

Bail ou mise à disposition
de matériel ?

OUI NON

Contrat d'association ?

OUI NON

Statuts de société civile de moyens ?

OUI NON

Statuts de société civile professionnelle ?

OUI NON

Statuts de société d'exercice libéral ?

OUI NON

Contrats de médecine salariée ?

OUI NON

Autres

OUI NON

26

Avez-vous communiqué votre (ou vos) contrat(s) à l'Ordre ? (conformément aux dispositions législatives et réglementaires)
Sinon pourquoi ?

OUI NON

□ □ □ □ □

27

Une ou des sanctions ont-elles été prononcées contre vous par la juridiction disciplinaire ou la section des assurances sociales de l'Ordre des Médecins ?
Lesquelles ?
A quelles dates ?

OUI NON

Les réponses
à ces questions
ne figurent pas dans le
fichier informatique de
l'Ordre des Médecins

28

Avez-vous subi des condamnations pénales ou civiles ou une sanction administrative ?
Lesquelles ?
A quelles dates ?

OUI NON

29

Une instance judiciaire, disciplinaire ou devant la section des assurances sociales, est-elle actuellement en cours à votre égard ?

OUI NON

Indiquer le libellé de vos plaques et ordonnances

Dans le cas où l'intéressé désirerait faire paraître dans la presse une annonce d'installation, le libellé devra en être soumis, avant exécution, à l'approbation du Conseil départemental de l'Ordre.

Veuillez indiquer les mentions données à l'agence TÉLÉCOM pour ses annuaires où à tous autres annuaires professionnels :

REPRODUIRE CI-DESSOUS À LA MAIN LA PHRASE

« J'affirme sur l'honneur avoir pris connaissance du Code de Déontologie et je fais serment de le respecter ».

Je demande mon inscription au Tableau des Médecins du département de

J'atteste sur l'honneur que les déclarations ci-dessus sont conformes à la vérité.

Je m'engage à envoyer au Conseil départemental de l'Ordre des Médecins un rectificatif dès qu'il se produira une modification dans les déclarations précédentes et à répondre à toute demande de renseignements émanant du Conseil de l'Ordre.

SIGNATURE

précédée de la mention manuscrite

« LU ET APPROUVÉ »

DATE :

**CE QUESTIONNAIRE EST À ADRESSER
AU CONSEIL DÉPARTEMENTAL AUPRÈS DUQUEL
VOUS SOLLICITEZ VOTRE INSCRIPTION**

Nom : SEQUEIRA

Prénom : Sandrine

Titre de la thèse : LA PREVOYANCE MEDICALE

Thèse, médecine, Lille, 2012

Cadre de classement : Médecine Générale

Mots-clés :

EXERCICE LIBERALE
PROTECTION SOCIALE
PREVOYANCE
RETRAITE
FORMALITES ADMINISTRATIVES
PRESTATIONS

RESPONSABILITE
MEDECINE GENERALE
ASSURANCES
SECURITE SOCIALE
COTISATIONS
COUVERTURE SOCIALE

Résumé :

Longtemps pris à la légère, l'installation en médecine générale ne peut plus s'improviser aujourd'hui : assurances, nouvel environnement fiscal et social, précautions administratives, responsabilité, obligations légales et fiscales, couverture sociale.

Le jeune médecin se trouve confronté à un exercice libéral de plus en plus complexe et le plus souvent, par manque d'informations, il peut être confronté à des ennuis.

Ce guide a pour but d'aider le médecin à s'installer et à connaître les différentes modalités en ce qui concerne sa protection sociale et éviter ainsi toutes mauvaises surprises.

Cet ouvrage montre les limites de la couverture sociale et les difficultés du système de retraite du médecin généraliste. Afin d'être au mieux protégé, il est nécessaire de se constituer une prévoyance auprès d'assurances privées.

Composition du jury :

Président :

Monsieur le Professeur R. GLANTENET

Assesseurs :

Monsieur Le Professeur P. FRIMAT

Monsieur Le Professeur J.-M. LEFEBVRE

Monsieur Le Docteur E. LOUIS

Monsieur Le Docteur Y. DECALF

Directeur de thèse :

Monsieur Le Docteur P. LECLUSE