

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
28/01/99

Origine :
DGR

Mmes et MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
(pour attribution)

Mmes et MM les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des URCAM
(pour information)

Réf. :

DGR n° 14/99

Plan de classement :

21					
----	--	--	--	--	--

Objet :

Mise en place d'une nouvelle " déclaration en vue de l'affiliation des retraités ou de leurs conjoints survivants au titre de l'assurance maladie des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux conventionnés " (S1114b).

Pièces jointes :

0	2
---	---

Liens :

Date d'effet :

IMMEDIATE

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Martine TEILLEUX - Jean-Louis SARNETTE - Philippe BEAUSSART

Téléphone :

01.42.79.35.64.

01.42.79.35.76.

01.42.79.34.68

@

Direction Déléguée aux Risques

28/01/99 Mmes et MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
(pour attribution)

Origine :
DGR Mmes et MM les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des URCAM
(pour information)

N/Réf. : DGR - n°14/99

Objet : Mise en place d'une nouvelle " déclaration en vue de l'affiliation des retraités ou de leurs conjoints survivants au titre de l'assurance maladie des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux conventionnés " (S1114b).

La * loi 97-1164 du 19.12.97*, relative au financement de la Sécurité Sociale, a eu notamment pour effet :

de réduire le montant de la cotisation d'assurance maladie à la charge des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés actifs dès le 1er juin 1998, dont l'essentiel a été transféré sur la CSG ;

de supprimer en totalité, à compter du 1er janvier 1998, la cotisation précomptée par les caisses autonomes de retraite sur les arrérages de pension vieillesse servie aux praticiens et auxiliaires médicaux retraités (ou pension de reversion des conjoints survivants).

Aussi, le formulaire permettant aux praticiens ou auxiliaires médicaux conventionnés retraités, ou à leurs conjoints survivants, de solliciter leur affiliation au régime général au titre de l'assurance maladie a dû être mis en conformité avec cette loi.

Le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité vient de nous faire part de son accord pour mettre en place ce formulaire en l'homologuant sous les références :

-homologation	S 1114b
-Cerfa - imprimé	11171**01
-notice	50530 #01

L'arrêté d'homologation paraîtra ultérieurement au journal officiel.

REALISATION ET MISE EN PLACE

La mise en place de ce formulaire est immédiate. L'UCANSS est chargée de sa réalisation.

Vous voudrez donc bien contacter :

**L'Union des Caisses Nationales
de Sécurité Sociale
Service Marchés Imprimés
B.P. 45
33, avenue du Maine
75755 PARIS CEDEX 15**

afin de vous approvisionner.

Les Caisses qui souhaiteraient fabriquer localement ce document pourront se procurer les films auprès de la

**Société GRAPHILABEL
6, Boulevard Victor Lambert
BP 2767
51067 REIMS CEDEX**

Ce formulaire sera mis en ligne sur le serveur Admifrance.

Pour tout problème que vous pourriez rencontrer lors de la mise en place de ce formulaire, vous voudrez bien prendre contact avec :

versant imprimés

- Martine TEILLEUX 01.42.79.35.64

versant réglementaire

- Philippe BEAUSSART 01.42.79.34.68 (relations professions de santé)

- Jean-Louis SARNETTE 01.42.79.35.76 (affiliation).

**La Responsable du Département
Réglementation et Information
Opérationnelle**

Yvette RACT

PJ - 1 maquette + 1 fiche signalétique

CNAMTS IMPRIMES NATIONAUX	FICHE SIGNALETIQUE	DATE CONCEPTION 1/99
--	---------------------------	---------------------------------------

intitulé de l'imprimé

déclaration en vue immatriculation retraités ou conjoints survivants au titre ass. maladie des médecins, chir.dent.....S1114

objet de l'imprimé

permettre pr. en ch. au titre ass. maladie rég. général des retraités ...médecins ou auxil. mé. conv.

utilisation

consommation annuelle	régimes concernés			lieu de détention	
	☒ rég.général	☐ TNS	☐ MSA	☒ caisse	☐ prof.santé. et/ou établisst

caractéristiques techniques de l'imprimé

1. présentation générale (type de produit, imprimé en continu, liasse, carnet ... ; orientation : à la française, à l'italienne)
(mode de remplissage : manuel, machine à écrire, informatique)

liasse – présentation à la française – remplissage manuel

2. spécifications relatives aux supports

rang feuillet	face		format	support				référence encre
	recto	verso		nature**	référence**	grammage	couleur	
1 notice	x		21x29,7cms	papier		70g	blanc	pantone 138u
2	x		"	AC	CB	56g	"	"
3	x		"	"	CFB	53g	"	"
4	x		"	"	CFB	53g	"	"
5	x		"	"	CF	57	"	"

**** P : papier ; AC : auto-copiant ; C : carbone / ** Voir normes (P : duplicateur, carte, bristol... ; AC, CB, CFB, CF... ; C : manuel, machine ...)**

3. spécifications relatives au façonnage

nature	description			emplacement
RIVES	☐ simple	☐ double	☐ détachable	
ASSEMBLAGE	☐ CRIM LOCK normal	☐ CRIM LOCK envers		
liasse	☐ collage par points	☐ collage en ligne	☒ collage entête	collage entête
ASSEMBLAGE	☐ dos carré	☐ rogné vif	☐ avec rebord	
carnet	☐ avec pique : à plat, à cheval, nombre de points :			
cahier	☐ dos toilé	☐ dos kraft	☐ dos plastique	
registre	nombre d'imprimés ou de liasses :			
bloc	ordre de présentation :			
PLIAGE				
PERFORAGE				
RAINAGE				
PRE-DECOUPAGE				
DEPOSE DE COLLE				

4. spécifications particulières

rang feuillet	face		DESCRIPTION (foliotage : caractère CMC7 ; caviardage ; pose étiquette, carte, bande adhésive ; désensibilisation)	emplacement
	recto	verso		
3 ^e rang (volet2)	x		désensibilisation zone "réponse de l'INSEE" et jusqu'au bas du doc.	bas du document
4 ^e rang (volet3)	x		désensibilisation zone "notification de rattachement..." et jusqu'au bas du document	bas du document
			TRAME : 10%	

DECLARATION EN VUE DE L’AFFILIATION DES RETRAITES OU DE LEURS CONJOINTS SURVIVANTS.

n°50530#01

(articles L 722-2, L 722-3, R722-2, D 722-1 du Code de la sécurité sociale – loi 97-1164 du 19.12.97)

notice d’utilisation

les conditions à remplir pour bénéficier de ce régime

- être titulaire d’une allocation de vieillesse de base ou, pour les conjoints, d’une allocation de réversion de base, servie par les sections professionnelles de retraite des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes ou des auxiliaires médicaux,
- avoir exercé, pendant cinq ans au moins, la profession à titre libéral, dans le cadre de conventions ou dans le cadre du régime des adhésions personnelles,
Les conjoints survivants doivent justifier que l’activité non salariée de leur conjoint décédé a satisfait à ces conditions,
- ne pas bénéficier, au 31 décembre 1968, au titre d’un régime obligatoire de sécurité sociale, d’un avantage de vieillesse ou de réversion ouvrant droit aux prestations en nature de l’assurance maladie.

les formalités d’inscription

- remplir exactement et complètement le volet 1 de la déclaration qui se dupliquera sur les 3 autres volets,
- joindre une attestation de la section professionnelle qui paie l’allocation de vieillesse ou de réversion,
- envoyer les 3 premiers volets à la caisse primaire de votre lieu de résidence et conserver le 4^{ème} volet.

L’inscription prend effet à compter de la date d’entrée en jouissance de l’allocation vieillesse

Vous êtes ressortissant étranger

- ressortissants de l’espace économique européen,
- ressortissants des pays hors de l’espace économique européen,

Vous devez contacter la caisse primaire de votre lieu de résidence afin de connaître les pièces à fournir conformément à la législation en vigueur.

les prestations auxquelles vous pouvez prétendre

Il s’agit des prestations en nature de l’assurance maladie (remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques, d’hospitalisation, de transport, etc...) dans les mêmes conditions que les autres assurés du régime général de sécurité sociale.

La loi 78.17 du 6.1.78 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. (articles L377.1 du Code de la sécurité sociale, 441.1 du Code pénal)

n° 11171**01

partie réservée à la CPAM			
cpam	n° de document	cram	EEE
régime principal		date d'effet	
cpam affiliation		cpam prestataire	centre de paiement
le demandeur			
●son identité	monsieur	madame	mademoiselle
nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)			
prénoms		sexe	masculin féminin date de naissance
commune de naissance (département+arrondissement pourParis, Lyon et Marseille)			
réserve cpam	n° de commune ou pays de naissance		

● renseignements particuliers

●demandeur né dans un TOM ou à l'étranger (qu'il s'agisse de personne de nationalité française ou étrangère)

pays de naissance commune

nom de naissance du père premier prénom

nom de naissance de la mère premier prénom

●demandeur ressortissant de l'EEE (cf. notice)

préciser le cas échéant son n° d'immatriculation dans son pays de nationalité

●demandeur ressortissant d'un pays hors de l'EEE (cf. notice)

certificat de résidence** carte de séjour** récépissé de demande de renouvellement** autres, andorran, monégasque**

** indiquer pour ces documents, le numéro : et la date de fin de validité

● son adresse

commune et code postal

● renseignements complémentaires

avez-vous déjà été immatriculé à un régime de sécurité sociale		oui		non	
dans l'affirmative, votre n° d'immatriculation					
vous êtes demandeur, en qualité de		praticien retraité		veuf(ve) de praticien	
qualité du praticien		médecin chirurgien dentiste		sage femme auxiliaire médical	
vous avez exercé		votre conjoint a exercé, à titre libéral. depuis le		Indiquez ci-dessous, les adresses et les périodes :	
1				du au	
2				du au	
3				du au	
4				du au	
5				du au	
6				du au	
7				du au	
8				du au	
Le demandeur certifie qu'il ne bénéficie pas déjà d'un régime obligatoire d'assurance maladie					
à		le		signature du demandeur	

cachet de la CPAM	ATTESTATION DE LA CPAM	joindre une attestation
	le demandeur ou son conjoint a exercé à titre libéral au moins pendant cinq ans sous convention	de la section professionnelle
		qui paie la pension
		ou l'allocation

partie réservée à la CPAM					
cpam		n° de document		cram	EEE
régime principal		date d'effet			
cpam affiliation		cpam prestataire		centre de paiement	
le demandeur					
●son identité	monsieur		madame		mademoiselle
nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)					
prénoms		sexe	masculin	féminin	date de naissance
commune de naissance (département+arrondissement pourParis, Lyon et Marseille)					
réservé cpam		n° de commune ou pays de naissance			
● renseignements particuliers					
Odemandeur né dans un TOM ou à l'étranger (qu'il s'agisse de personne de nationalité française ou étrangère)					
pays de naissance		commune			
nom de naissance du père		premier prénom			
nom de naissance de la mère		premier prénom			
Odemandeur ressortissant de l'EEE (cf. notice)					
préciser le cas échéant son n° d'immatriculation dans son pays de nationalité					
Odemandeur ressortissant d'un pays hors de l'EEE (cf. notice)					
certificat de résidence**		carte de séjour**	récépissé de demande de renouvellement**		autres, andorran, monégasque**
** indiquer pour ces documents, le numéro :			et la date de fin de validité		
● son adresse					
commune et code postal					

réponse de l'INSEE	
numéro national d'identité+clé de contrôle	
JN	
1 ^{ère} immatriculation pour	
OBSERVATIONS	

** important : ce volet ne concerne que les demandes présentées par les conjoints survivants qui n'ont jamais été immatriculés

n° 11171**01

partie réservée à la CPAM				
cpam	n° de document		cram	EEE
régime principal		date d'effet		
cpam affiliation	cpam prestataire		centre de paiement	
le demandeur				
●son identité	monsieur		madame	
			mademoiselle	
nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)				
prénoms		sexe	masculin	féminin
date de naissance				
commune de naissance (département+arrondissement pourParis, Lyon et Marseille)				
réservé cpam		n° de commune ou pays de naissance		
● renseignements particuliers				
●demandeur né dans un TOM ou à l'étranger (qu'il s'agisse de personne de nationalité française ou étrangère)				
pays de naissance		commune		
nom de naissance du père		premier prénom		
nom de naissance de la mère		premier prénom		
●demandeur ressortissant de l'EEE (cf. notice)				
préciser le cas échéant son n° d'immatriculation dans son pays de nationalité				
●demandeur ressortissant d'un pays hors de l'EEE (cf. notice)				
certificat de résidence**		carte de séjour**	récépissé de demande de renouvellement**	autres, andorran, monégasque**
** indiquer pour ces documents, le numéro :			et la date de fin de validité	
● son adresse				
commune et code postal				

notification de rattachement destinée à la section professionnelle	
La caisse primaire d'assurance maladie ci-après, informe la caisse autonome de retraites :	
des médecins	des chirurgiens dentistes
des sages femmes	des auxiliaires médicaux
que le demandeur désigné ci-dessus est inscrit au régime particulier d'assurance maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés sous le	
numéro national d'identité+clé de contrôle	
avec effet à la date du	
à signature	le
cachet de la CPAM	

partie réservée à la CPAM									
cpam		n° de document				cram		EEE	
régime principal					date d'effet				
cpam affiliation			cpam prestataire			centre de paiement			
le demandeur									
●son identité		monsieur		madame		mademoiselle			
nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)									
prénoms		sexe		masculin		féminin		date de naissance	
commune de naissance (département+arrondissement pourParis, Lyon et Marseille)									
réservé cpam		n° de commune ou pays de naissance							
● renseignements particuliers									
Odemandeur né dans un TOM ou à l'étranger (qu'il s'agisse de personne de nationalité française ou étrangère)									
pays de naissance				commune					
nom de naissance du père				premier prénom					
nom de naissance de la mère				premier prénom					
Odemandeur ressortissant de l'EEE (cf. notice)									
préciser le cas échéant son n° d'immatriculation dans son pays de nationalité									
Odemandeur ressortissant d'un pays hors de l'EEE (cf. notice)									
certificat de résidence**		carte de séjour**		récépissé de demande de renouvellement**		autres, andorran, monégasque**			
** indiquer pour ces documents, le numéro :				et la date de fin de validité					
● son adresse									
commune et code postal									
● renseignements complémentaires									
avez-vous déjà été immatriculé à un régime de sécurité sociale				oui		non			
dans l'affirmative, votre n° d'immatriculation									
vous êtes demandeur, en qualité de		praticien retraité		veuf(ve) de praticien					
qualité du praticien		médecin		chirurgien dentiste		sage femme		auxiliaire médical	
vous avez exercé		votre conjoint a exercé, à titre libéral. depuis le							
1						du		au	
2						du		au	
3						du		au	
4						du		au	
5						du		au	
6						du		au	
7						du		au	
8						du		au	
Le demandeur certifie qu'il ne bénéficie pas déjà d'un régime obligatoire d'assurance maladie									
à		le				signature du demandeur			