

**AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES
DE SECURITE SOCIALE**

**CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE
MALADIE DES TRAVAILLEURS
SALARIES**

**36, rue de Valmy
93108 MONTREUIL Cedex**

**26/50 avenue du Professeur
André Lemierre
75986 PARIS Cedex 20**

Objet : Règles d'affiliation des professionnels de santé libéraux conventionnés et participation des caisses d'assurance maladie à leurs cotisations sociales (maladie, famille et vieillesse).

1. REGLES JURIDIQUES APPLICABLES A L’AFFILIATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE CONVENTIONNES ET A LA PARTICIPATION DE L’ASSURANCE MALADIE A LEURS COTISATIONS SOCIALES

1.1. Règles d'affiliation des professionnels de santé libéraux conventionnés pour les risques maladie, maternité et décès

1.1.1. *Principe : affiliation au régime des PAMC*

Les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) mentionnés à l'article L. 722-1 du CSS bénéficient d'un régime d'assurance obligatoire spécifique pour la maladie, maternité et décès prévu par le chapitre II du titre deuxième du livre 7 du code de la sécurité sociale.

Situation avant la LFSS pour 2011 (article 15) : double affiliation (régime des PAMC pour l'activité conventionnée et régime d'assurance maladie/maternité du régime RSI pour l'activité non conventionnée)

Avant la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 du 20 décembre 2010 (article 15 de la loi n° 2010-1594) les professionnels de santé ne bénéficiaient du régime des PAMC que pour leur activité conventionnée appréciée conformément aux deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 131-6 du CSS.

En conséquence, tous les professionnels de santé conventionnés qui avaient une partie de leur activité réalisée en dehors du champ de la convention nationale étaient affiliés et cotisaient à la fois au régime des PAMC pour leur activité conventionnée et au RSI pour leur activité non conventionnée.

Situation depuis la LFSS pour 2011 (article 15) : affiliation unique des professionnels de santé conventionnés au régime des PAMC pour les risques maladie/maternité/décès

Il résulte des dispositions des articles L.722-1 et L.722-4 du CSS, dans leur rédaction postérieure à la LFSS pour 2011 (article 15), que les professionnels de santé sont désormais affiliés au régime des PAMC pour les revenus qu'ils tirent de l'ensemble de leurs activités professionnelles qu'elles soient ou non exercées dans le cadre de la convention.

Cette mesure visait à simplifier les démarches administratives des professionnels de santé conventionnés.

Exemple : Un médecin conventionné de secteur 1 exerçant également une activité d'expert auprès des tribunaux relève désormais exclusivement du régime maladie des PAMC pour son activité de médecin (conventionnée) et son activité d'expert (hors convention).

De la même façon, un masseur-kinésithérapeute conventionné exerçant également une activité d'ostéopathe relève du régime maladie des PAMC pour son activité de masseur-kinésithérapeute (conventionnée) et son activité d'ostéopathe (hors convention).

L'article L722-1 du CSS précise que relèvent de ce régime d'assurance obligatoire :

- 1°) Les **médecins** exerçant leur activité professionnelle, non salariée, dans le cadre de la convention prévue à l'article L. 162-5 ou, en l'absence d'une telle convention, dans le cadre du règlement prévu à l'article L. 162-14-2 ;
- 2°) Les **médecins (biologistes responsables)** exerçant leur activité professionnelle, non salariée, dans le cadre de la convention mentionnée au 1° et de la convention prévue à l'article L. 162-14 ou, en l'absence de la convention mentionnée au 1°, dans le cadre du règlement prévu à l'article L. 162-14-2 ;
- 3°) Les **chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues)** qui exercent leur activité professionnelle, non salariée, dans le cadre de la convention conclue en application des articles L. 162-9, L. 162-12-2 ou L. 162-12-9 ou, en l'absence d'une telle convention, dans le cadre du régime de l'adhésion personnelle prévue au dernier alinéa de l'article L. 162-11.
- 4°) Les **étudiants en médecine** visés au premier alinéa de l'article L. 4131-2 du code de la santé publique **qui effectuent le remplacement d'un docteur en médecine** lorsqu'ils ne bénéficient pas du régime étudiant prévu à l'article L. 381-4.

Les articles L. 722-1 et R. 722-1 du CSS précisent également que ce régime n'est accordé aux médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux qu'à la double condition :

- qu'ils aient exercé leur activité pendant un mois ;
- qu'ils soient liés par convention ou adhésion personnelle simultanément aux trois régimes (RSI, MSA et RG).

En principe, tous les professionnels de santé n'entrant dans aucune des catégories ci-dessus définies sont affiliés au régime du RSI en qualité de professionnel libéral.

1.1.2. Les exceptions législatives à l'affiliation au régime des PAMC : option pour l'affiliation au RSI

- Médecins de secteur 2

L'article L. 722-1-1 du CSS permet aux médecins qui ont choisi, en application de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5 de pratiquer des honoraires différents des tarifs opposables (médecins de secteur 2) de demander à être affiliés au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles (RSI).

Le choix pour ces médecins entre le régime des PAMC et celui du RSI intervient au moment de leur début d'activité ou lorsque, dans le cadre de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5, la faculté de modifier leur régime d'affiliation leur est ouverte. Ce choix s'exprime dans les mêmes conditions de délai que l'option conventionnelle.

La convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011 n'a pas prévu cette faculté de modification de l'affiliation choisie initialement. Dès lors, les médecins en secteur 2 affiliés initialement au régime des PAMC n'ont pas la possibilité de modifier leur affiliation pour le RSI dans le cadre de cette convention.

- Pédicures-podologues

L'article L. 722-1-1 du CSS dans sa rédaction issue de la loi du 21 décembre 2011, prévoit que les pédicures-podologues qui exercent leur activité professionnelle dans le cadre conventionnel peuvent demander à être affiliés au RSI au moment de leur début d'activité.

A titre transitoire, la demande d'affiliation au RSI était ouverte aux pédicures podologues affiliés au régime des PAMC à la date de publication de la LFSS pour 2011, soit le 22 décembre 2011. Cette demande devait être déposée avant le 31 mars 2012.

1.1.3. Cas particulier des remplaçants

L'article L.722-4 du CSS ne prévoit pas explicitement l'affiliation au régime des PAMC des professionnels de santé diplômés qui effectuent des remplacements dans le respect des conditions fixées par les conventions nationales, notamment les conditions de durée d'expérience préalable pour certaines conventions.¹

Un professionnel de santé remplaçant n'est pas conventionné en tant que tel mais il exerce dans le cadre de la convention. Il ne touche aucun revenu directement de l'assurance maladie mais le professionnel remplacé lui rétrocède des honoraires.

Les conventions nationales conclues entre l'assurance maladie et les professionnels de santé précisent (notamment pour les médecins, l'article 32 de la convention du 26 juillet 2011) que ces professionnels de santé, lorsqu'ils remplacent des professionnels conventionnés, adoptent la situation de ces derniers au regard de la convention durant les périodes de remplacement. Dans ce cadre, ces professionnels remplaçants sont, de la même manière que les professionnels qu'ils sont amenés à remplacer, affiliés au PAMC au terme d'un mois de remplacement et sous réserve que cette activité de remplacement constitue leur activité principale.

1.1.4. Cas particulier des professionnels de santé exerçant dans plusieurs Etats européens

Rappel : Les professionnels de santé exerçant sur un territoire de l'Union européenne sont soumis, comme tous les travailleurs, aux dispositions du règlement européen n° 883/2004.

Ce règlement précise que:

- Tous les travailleurs sont soumis à la législation sociale de l'État du lieu d'activité et bénéficient des avantages de cette législation dans les mêmes conditions que les ressortissants de l'État d'accueil.
- Le travailleur migrant ne doit être affilié que dans un seul État membre (article 11). Le droit applicable est celui du lieu d'activité, même si le travailleur réside dans un autre État membre.

¹ En revanche, lorsqu'ils sont étudiants en médecine, qu'ils effectuent des remplacements d'un docteur en médecine pendant leurs études et à condition qu'ils ne bénéficient pas du régime étudiant, ils sont affiliés au régime des PAMC (cf 4° de l'article L722-1)

Ainsi, le professionnel de santé, ressortissant européen, peut exercer en France la même profession pour laquelle il est qualifié dans son pays d'origine ou y réaliser une part substantielle de son activité professionnelle. Dans ce cas, et sous réserve de remplir les conditions d'exercice de cette activité en France (cf directive 2005/36 du 7 septembre 2005 transposée en droit français par plusieurs ordonnances), il sera affilié au régime français (PAMC ou RSI pour ce qui nous concerne).

Si ce professionnel exerce dans le cadre de la libre prestation de service (voir notamment article L. 4112-7 du CSP) mais que cela ne constitue pas une part substantielle de son activité, il ne pourra être affilié ni au régime des PAMC ni du RSI. Il sera soumis à la législation du pays dans lequel il réalise la part substantielle de son activité.

1.2.Règles relatives à la participation des caisses d'assurance maladie aux cotisations maladie, maternité, famille et au régime d'allocations supplémentaires de vieillesse des professionnels de santé libéraux affiliés au régime des PAMC

En application du 5° de l'article L 162-14-1 du CSS, les praticiens et auxiliaires médicaux peuvent bénéficier de la participation par les caisses d'assurance maladie au financement de leurs cotisations dues au régime des PAMC, des ASV et des AF au titre de leur activité conventionnée (voir infra 1.2.2). Cet article donne compétence aux conventions nationales pour définir l'assiette et le niveau de la participation et précise qu'elle peut être partiellement ou totalement suspendue.

1.2.1. Les professionnels concernés

- les professionnels conventionnés :

Les conventions s'appliquent à tous les professionnels de santé ayant choisi d'y adhérer. La participation de l'assurance maladie au paiement des cotisations sociales est strictement liée au conventionnement.

Sont visées toutes les professions dont les relations avec l'Assurance maladie sont régies par des conventions sur le fondement de l'article L. 162-14-1 du CSS, c'est-à-dire les professions suivantes : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures podologues, biologistes responsables.

A noter que seuls les médecins de secteur 1 et les bénéficiaires du droit permanent à dépassement (DP) sont concernés par ce dispositif.

S'agissant des médecins du secteur 2, l'adhésion à l'option de coordination leur ouvre éventuellement droit à une participation financière des caisses aux cotisations sociales (montant de la participation calculée proportionnellement à la part d'activité réalisée à tarif opposable dans le total des honoraires et de la durée de souscription de l'option de coordination) sous réserve d'avoir respecté les engagements de l'option, qu'ils relèvent selon leur choix du régime des PAMC ou du RSI.

NB : Conformément aux dispositions de l'avenant n°8 à la convention médicale signé le 25 octobre 2012, paru au journal officiel du 7 décembre 2012, l'option de coordination va être remplacée par le contrat d'accès aux soins : les médecins de secteur 2 adhérant au contrat d'accès aux soins et respectant leurs engagements se verront verser une participation financière pour la prise en charge des cotisations sociales (calculée en fonction de la part d'activité réalisée à tarif opposable dans le total des

honoraires et de la durée de souscription du contrat d'accès aux soins dans l'année civile). Le contrat d'accès aux soins doit se mettre en place dès lors qu'un tiers des médecins qui y sont éligibles y auront souscrits (mise en œuvre prévue en principe d'ici le mois d'octobre 2013).

En outre, les médecins de secteur 1 disposant des titres définis dans la convention médicale pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1^{er} janvier 2013 ont également la possibilité d'adhérer au contrat d'accès aux soins. La participation à la prise en charge des cotisations sociales est limitée dans ce cas aux honoraires réalisés aux tarifs strictement opposables.

Attention : Adhésion à la convention ne vaut pas systématiquement affiliation au régime des PAMC (cf 1.1.4)

- les remplaçants affiliés au régime des PAMC :

La convention médicale précise que l'assurance maladie prend en charge les cotisations sociales des médecins remplaçants affiliés pour l'exercice de leur activité de remplacement dans le cadre de la convention (remplacement d'un médecin secteur 1), aussi bien pour le régime d'assurance maladie, maternité, décès, que pour les allocations familiales et l'ASV (exception faite de la cotisation ASV pour les étudiants en médecine qui effectuent des remplacements dans la mesure où cette cotisation ne leur est pas applicable).

A l'instar du dispositif applicable au médecin remplaçant, une prise en charge est également réalisée pour le remplaçant, affilié au régime des PAMC, d'un chirurgien-dentiste, sage-femme ou d'un auxiliaire médical (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue), selon les mêmes modalités et taux que le professionnel remplacé. Les conventions nationales prévoient en effet que dès lors que le professionnel de santé remplaçant prend le statut conventionnel de la personne qu'il remplace, il bénéficie durant cette période des droits et obligations y afférents.

1.2.2. Les actes concernés

La participation porte sur les cotisations dues au titre de l'activité conventionnée.

La modification introduite par la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2011 (article 15) à l'article L722-4 du CSS conduit actuellement le professionnel affilié au régime des PAMC à cotiser au titre du régime sur l'intégralité des revenus qu'il tire de ses activités professionnelles.

Pour l'heure la participation de l'assurance maladie n'est possible que sur les actes conventionnés à l'exception du cas visé infra relatif aux **activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut leur rémunération**.

- L'activité conventionnée :

L'activité conventionnée correspond aux actes inscrits sur la liste prévue au L. 162-1-7 du CSS (nomenclatures), tarifés dans le cadre de la convention et dispensés selon les conditions prévues par la liste et la convention.

Les revenus conventionnés comprennent donc les honoraires et rémunérations remboursables au titre de la convention ainsi que les éléments qui leur sont rattachés par définition de la convention ou de la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du Code de la Sécurité sociale (dépassements d'honoraires, majorations, forfaits, etc...).

Certains revenus même s'ils ne proviennent pas directement d'honoraires remboursables sont également considérés comme tirés de l'activité conventionnés. Sont en particulier visés,

les revenus provenant des aides prévues par les conventions (télétransmission, informatisation, installation, indemnités pour perte de ressources en cas de suivi d'une formation continue), les rémunérations des contrats et autres options décidées par les partenaires conventionnels, les revenus des associés de SEL ou les rétrocessions d'honoraires pour le remplacement d'un professionnel conventionné.

Sont en revanche exclus des revenus de l'activité conventionnée :

- les honoraires correspondant à des actes non inscrits au remboursement (ne figurant pas sur la liste prévue au L. 162-1-7 du code de la Sécurité sociale) ;
- les honoraires non remboursables car dispensés dans des conditions n'ouvrant pas droit au remboursement; les honoraires perçus au titre d'une activité dont la rémunération est assise sur des bases non conventionnelles (vacations, ...) ;
- ***Les activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut leur rémunération :***

La loi « Fourcade » du 10 août 2011 (JO du 11 août 2011) a modifié par son article 7 le champ des conventions nationales (article L. 162-14-1 CSS) en permettant désormais également aux conventions de définir les modalités de participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales des professionnels de santé dues au titre d'activité non salariés réalisées dans des structures dont le financement inclut leur rémunération.

L'avenant n° 9 à la convention médicale signé le 14 février 2013 et paru au journal officiel du 7 juin 2013 a modifié les articles 60 et suivants de la convention nationale pour permettre une participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales afférentes à ces revenus issus d'activité non salariée réalisée dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins (ex : activité au sein de certains EHPAD, ESPIC). La participation de l'assurance maladie à la prise en charge des cotisations sociales dans ce cadre est toutefois subordonnée au respect des tarifs opposables fixés dans la convention nationale. Les médecins devront dans ce cadre fournir si besoin sur demande des organismes de recouvrement les documents fixant les règles de rémunération entre les médecins et ces structures.

Le montant de la participation de l'assurance maladie à la prise en charge des cotisations assises sur ces revenus est aligné sur celle définie pour l'activité conventionnée. Cette prise en charge va intervenir pour la 1^{ère} fois sur les cotisations sociales perçues au titre des revenus perçus sur l'année 2013. Des travaux sont en cours entre la CNAMTS et l'ACOSS pour mettre en place le circuit permettant la mise en place de cette nouvelle participation de l'assurance maladie à la prise en charge des cotisations sociales.

A noter que cette mesure est applicable à la fois pour les médecins de secteur 1 et les médecins de secteur 2 adhérant au contrat d'accès aux soins.

Des négociations sont en cours ou auront lieu avec d'autres professions de santé concernées par un exercice en structure de soins (masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, infirmiers...) pour étendre le champ de la participation de l'assurance maladie à cet exercice spécifique. Un avenant a d'ores et déjà été signé avec les masseurs-kinésithérapeutes sur ce thème. Ce dernier est en cours d'approbation ministérielle.

1.2.3. L'assiette et le niveau de la participation

Pour le régime des PAMC (maladie, maternité, décès) :

Profession	Texte de référence	Participation prévue
Médecins secteur 1	Art 61 de la convention nationale modifié par Art 4 de l'avenant 1 (JO 30/12/2011) et par Art 6 de l'avenant 9 (JO 07/06/2013)	9,7% du revenu de l'activité conventionnée net de dépassements d'honoraires et du revenu tiré des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, dès lors que ces activités ont été rémunérées sur la base des tarifs opposables
Médecins secteur 2 adhérents à l'option de coordination et au contrat d'accès aux soins*	Art 37 et suivants de la convention nationale (JO 25/07/2011) modifié par l'avenant 8 (JO 7/12/2012)	9,7% du revenu de l'activité conventionnée facturé en tarifs opposables et du revenu tiré des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, dès lors que ces activités ont été rémunérées sur la base des tarifs opposables
Chirurgiens-dentistes	Titre 6.1 de la convention nationale (JO 18/06/2006)	Revenu de l'activité conventionnée x Taux de participation x 9,7%**
Sages-femmes	Titre 4.1 de la convention nationale (JO 19/12/2007)	9,7% du revenu de l'activité conventionnée net de dépassements d'honoraires
Infirmières	Titre 6 de la convention nationale (JO 25/07/2007)	9,7% du revenu de l'activité conventionnée net de dépassements d'honoraires
Masseurs-kinésithérapeutes	Titre 4 de la convention nationale (JO 16/05/2007)	9,7% du revenu de l'activité conventionnée net de dépassements d'honoraires
Pédicures-podologues	Titre 5 de la convention nationale (JO 29/12/2007)	9,7% du revenu de l'activité conventionnée net de dépassements d'honoraires
Orthophonistes	Art 2 de l'avenant 8 (JO 19/08/2006)	9,7% du revenu de l'activité conventionnée net de dépassements d'honoraires
Orthoptistes	Art 23 de la convention nationale modifié par Art 2 de l'avenant 7 (JO 27/05/2008)	9,7% du revenu de l'activité conventionnée net de dépassements d'honoraires
Biologistes responsables	Art 24 bis de la convention nationale créé par Art 2 de l'avenant 1	9,7% du revenu de l'activité conventionnée net de dépassements d'honoraires

(*) L'option de coordination devait en principe être remplacée à compter du 1^{er} juillet 2013 par le contrat d'accès aux soins (cf pt 1.2.1). Le contrat d'accès aux soins doit se mettre en place dès lors qu'un tiers des médecins qui y sont éligibles y auront souscrits (mise en œuvre prévue en principe d'ici le mois d'octobre 2013). Le montant final de la participation versée au médecin est calculé en fonction de la part d'activité réalisée à tarif opposable dans le total des honoraires et de la durée de souscription de l'option de coordination et prochainement du contrat d'accès aux soins dans l'année civile.

(**) La détermination de l'assiette de la participation des caisses est réalisée sur la base de différents calculs :

- le taux de dépassement (hors forfait CMU-C) du praticien est le taux URSSAF = (dépassements – montants remboursés forfaits CMU) / (montants remboursables actes + montants remboursés forfaits CMU). Cette dernière formule permet d'intégrer les dépassements plafonnés du périmètre CMU-C dans l'assiette de participation des caisses.
- Le taux de participation du praticien (TP) est défini comme suit : $TP = \text{taux URSSAF} / (1 + \text{taux URSSAF})$
- Le taux de participation des caisses (TC) est défini comme suit : $TC = (1 - TP)$

La participation des caisses est assise sur la totalité du revenu lié à l'activité conventionnée du chirurgien-dentiste multiplié par le taux de participation des caisses (TC). Cette participation correspond à 9,7 % du montant ainsi déterminé.

La participation des caisses est donc calculée selon la formule suivante : Participation ASM des caisses = revenu de l'activité conventionnée $\times TC \times 9,7 \%$

Pour les allocations familiales :

Profession	Texte de référence	Participation prévue
Médecins secteur 1	Art 62 de la convention nationale modifié par Art 4 de l'avenant 1 (JO 30/12/2011)	5% du revenu de l'activité conventionnée net de dépassements d'honoraires et du revenu tiré des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, dès lors que ces activités ont été rémunérées sur la base des tarifs opposables, dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale puis 2,9% au-delà
Médecins secteur 2 adhérents à l'option de coordination et au contrat d'accès aux soins*	Art 37 et suivants de la convention nationale (JO 25/07/2011) modifié par l'avenant 8 (JO 7/12/2012)	5% du revenu de l'activité conventionnée facturé en tarifs opposables et du revenu tiré des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, dès lors que ces activités ont été rémunérées sur la base des tarifs opposables, dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale puis 2,9% au delà
Sages-femmes adhérentes au contrat incitatif	Art 4 de l'annexe 2 de l'avenant 1 (JO 14/03/2012)	5,4% du revenu de l'activité conventionnée net de dépassements d'honoraires dans la limite de 4 fois le plafond annuel de la sécurité sociale
Infirmières adhérentes au contrat santé solidarité ou incitatif	Art 4 de l'annexe 1 de l'avenant 3 (JO 26/11/2011)	5,4% du revenu de l'activité conventionnée net de dépassements d'honoraires
Masseurs-kinésithérapeutes adhérents au contrat incitatif	Art 4 de l'annexe 1 de l'avenant 3 (JO 14/01/2012)	5,4% du revenu de l'activité conventionnée net de dépassements d'honoraires
Orthophonistes adhérents au contrat incitatif	Art 4 de l'annexe 1 de l'avenant 13 (JO 05/05/2012)	5,4% du revenu de l'activité conventionnée net de dépassements d'honoraires

(*) Cf remarque sur le CAS en dessous du tableau ci-dessus

Pour le régime des ASV :

Profession	Texte de référence	Participation prévue
Médecins secteur 1	Art 63 de la convention nationale modifié par l'avenant 5 (JO 22/03/2012)	2/3 de la cotisation forfaitaire et de la cotisation d'ajustement
Médecins secteur 2 adhérents à l'option de coordination et au contrat d'accès aux soins*	Art 37 et suivants de la convention nationale (JO 25/07/2011) modifié par l'avenant 8 (JO 7/12/2012)	Activité facturée en tarifs opposables sur le total des honoraires (TO/TH) x montant de la participation des caisses
Chirurgiens-dentistes	Titre 6.2 de la convention nationale modifié par l'avenant 1 (JO 21/07/2007)	2/3 de la cotisation forfaitaire et 50% de la cotisation d'ajustement
Sages-femmes	Titre 4.2 de la convention nationale (JO 19/12/2007)	2/3 de la cotisation
Infirmières	Titre 6 de la convention nationale modifié par l'avenant 2 (JO 23/07/2011)	2/3 de la cotisation forfaitaire et 60% de la cotisation d'ajustement
Masseurs-kinésithérapeutes	Titre 4 de la convention nationale modifié par l'avenant 2 (JO 23/07/2011)	2/3 de la cotisation forfaitaire et 60% de la cotisation d'ajustement
Pédicures-podologues	Titre 5 de la convention nationale modifié par l'avenant 2 (JO 23/07/2011)	2/3 de la cotisation forfaitaire et 60% de la cotisation d'ajustement
Orthophonistes	Art 2 de l'avenant 8 modifié par l'avenant 12 (JO 23/07/2011)	2/3 de la cotisation forfaitaire et 60% de la cotisation d'ajustement
Orthoptistes	Art 23 de la convention nationale modifié par Art 2 de l'avenant 8 (JO 23/07/2011)	2/3 de la cotisation forfaitaire et 60% de la cotisation d'ajustement
Biologistes responsables	Art 24 bis de la convention nationale créé par l'avenant 2	2/3 de la cotisation forfaitaire et 50% de la cotisation d'ajustement

(*) Cf remarque sur le CAS en dessous du tableau ci-dessus

Rappel :

Les professionnels de santé cotisent pour leur retraite à des caisses relevant de l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales (CARMF, CARCDSF, CARPIMKO notamment).

La cotisation d'ASV était antérieurement fixée pour un montant forfaitaire unique, tout comme le montant de la participation des caisses, et ce quels que soient les revenus réels tirés de l'activité conventionnée. L'exclusion des dépassements d'honoraires n'avait donc que peu de conséquences pratiques pour cette cotisation.

Les modalités de fonctionnement des différents régimes de retraites supplémentaires des praticiens conventionnés ont été réformées ces dernières années afin de rééquilibrer financièrement ces régimes.

	Référence du décret	Assiette de la cotisation d'ajustement	Taux de la cotisation d'ajustement	Participation AM cotisation d'ajustement
Chirurgiens-dentistes	Décret n°2007-458 du 25 mars 2007	Revenu professionnel dans la limite de 5 PASS	0,75%	50%
Directeurs de laboratoires	Décret n°2007-597 du 24 avril 2007	Revenu professionnel dans la limite de 5 PASS	0,30%	50%
Auxiliaires médicaux	Décret n°2008-1044 du 10 octobre 2008	Revenus conventionnés dans la limite de 5 PASS	- 2010 : 0,25% - à partir de 2011 : 0,4%	60%
Médecins	Décret n°2011-1644 du 25 novembre 2011	Revenus conventionnés dans la limite de 5 PSS	0,25% (2012), 0,9% (2013) et 1,5% (2014)	67%

1.2.4. Les cas de suspension de la participation de l'assurance maladie

Le dernier alinéa du 5° de l'article L162-14-1 précise :

1/ que la participation de l'assurance maladie ne peut être allouée que si le professionnel de santé est à jour du versement des cotisations et contributions sociales dues ou a souscrit un plan d'apurement accordé par les organismes auxquels la cotisation ou contribution était due selon des conditions fixées par décret.

Sont applicables en l'espèce, les compétences habituelles des URSSAF en matière de plan d'apurement ;

2/ que la participation peut être partiellement ou totalement suspendue, dans des conditions fixées par les conventions, pour les professionnels ne respectant pas tout ou partie, des obligations qu'elles déterminent.

L'article 76 de la convention médicale du 26 juillet 2011 précise qu'en cas de non respect des engagements conventionnels, une suspension de la participation des caisses à la prise en charge des avantages sociaux peut être prononcée pour un, trois, six ou douze mois.

Des dispositions similaires existent dans les conventions nationales des autres professions de santé.

La mise hors champ de la convention de trois mois ou plus, entraîne la suppression de la participation des caisses pour une durée égale.

1.3. Règles relatives à la participation des caisses d'assurance maladie aux cotisations de professionnels de santé affiliés au régime du RSI au titre de la maladie, maternité

Revenant sur le principe selon lequel, la participation de l'assurance maladie n'est possible que pour les professionnels de santé affiliés au régime des PAMC, la loi a parfois prévu qu'une participation serait possible pour des professionnels de santé conventionnés affiliés au RSI selon des modalités propres fixées par la convention (cf article 37 XXVIII de la LFSS pour 2012 qui a ajouté la référence à l'article L.612-1 à l'article L.162-14-1 du CSS).

1.3.1. Médecins de secteur 2 adhérents à l'option de coordination/contrat d'accès aux soins

L'option de coordination, prévue aux articles 36 et suivants de la convention nationale signée le 26 juillet 2011 (dans leur rédaction antérieure à l'avenant 8 de la convention médicale paru au JO du 7 décembre 2012) et le contrat d'accès aux soins qui va la remplacer et doit se mettre en place dès lors qu'un tiers des médecins qui y sont éligibles y auront souscrits (mise en œuvre prévue en principe d'ici le mois d'octobre 2013) ont pour principal objet de favoriser l'accès aux soins des assurés sociaux notamment par un engagement des médecins de secteur 2 adhérents de maîtriser leurs dépassements.

En contrepartie, si le médecin adhérent respecte l'ensemble de ses engagements, il peut bénéficier d'une participation de l'assurance maladie sur ses cotisations sociales sur son activité réalisée à tarifs opposables. Cette participation est versée par les CPAM a posteriori une fois vérifié que les engagements de l'option ont été respectés et que les cotisations ont été réglées par le médecin.

Taux de participation des caisses aux cotisations sociales pour les médecins affiliés au régime du RSI

Cotisations	Taux de participation
Assurance maladie, maternité	0,6% dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale et 5,9% dans la limite de cinq fois le plafond annuel de la sécurité sociale *
Allocations familiales	5% dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale puis 2,9%
Avantages complémentaires vieillesse	Pour la cotisation annuelle obligatoire : 2/3 de la cotisation forfaitaire du médecin Pour la cotisation d'ajustement : 2/3 de la cotisation fixée par décret dans la limite de cinq fois le plafond annuel de la sécurité sociale

** Libellé défini antérieurement au décret n° 2012-1551 du 28 décembre 2012 ayant modifié l'article D 612-4 du code de la sécurité sociale fixant le taux de la cotisation annuelle*

1.3.2. Pédicures podologues

Tout comme les médecins de secteur 2, les pédicures-podologues ont la possibilité depuis le 1^{er} janvier 2012 de choisir au moment de leur début d'activité d'être affiliés soit au régime des PAMC soit à la branche maladie, maternité du RSI.

Pour autant, aucun accord conventionnel ne définissant le principe de prise en charge et ses modalités, il n'y a donc pour l'instant pas de participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales des pédicures-podologues cotisant à la branche maladie, maternité du RSI.

1.3.3. Remplaçants

En application du 5° de l'article L 162-14-1 du CSS, les professionnels de santé affiliés au régime des PAMC peuvent bénéficier de la participation par les caisses d'assurance maladie au financement de leurs cotisations dues au titre de leur activité conventionnée.

Comme indiqué au point 1.2.1 de la présente circulaire, peuvent donc prétendre à une participation de l'assurance maladie, les remplaçants :

- qui effectuent un remplacement d'un professionnel conventionné ;
- et qui sont affiliés au régime des PAMC parce que l'activité de remplacement est leur activité principale.

En conséquence, un professionnel de santé remplaçant un professionnel de santé conventionné mais qui est affilié au RSI², ne pourra prétendre à la participation de l'assurance maladie sur cette partie de l'activité.

2. MODALITES DE RECOUVREMENT DE LA COTISATION MALADIE DU REGIME PAMC ET DE LA COTISATION D'ALLOCATIONS FAMILIALES PAR LES URSSAF

2.1. Déclaration des revenus par les professionnels de santé

Les déclarations de revenus effectuées par les PAM auprès de l'Urssaf permettent notamment le calcul de leur cotisation maladie et de leur cotisation d'allocations familiales ainsi que, le cas échéant, le calcul de la participation des CPAM pour ces cotisations.

Pour les revenus 2012, elles sont présentées de la façon suivante :

- pour les médecins du secteur 1 et les auxiliaires médicaux
 - A - Montant des revenus liés à l'activité conventionnée (y compris les dépassements d'honoraires, les revenus de remplacement et les exonérations et déductions fiscales)
 - B - Montant des autres revenus professionnels non salariés
 - C - Montant des revenus de remplacement
 - D - Montant des cotisations sociales personnelles obligatoires
 - E - Montant total des honoraires tirés de l'activité conventionnée
 - F - Dont montant des dépassements d'honoraires
 - G - Montant total des recettes tirées de vos activités non salariées
- pour les chirurgiens dentistes
 - A - Montant des revenus liés à l'activité conventionnée (y compris les dépassements d'honoraires, les revenus de remplacement et les exonérations et déductions fiscales)
 - B - Montant des autres revenus professionnels non salariés
 - C- des revenus de remplacement

² Cas du remplaçant pour qui l'activité de remplacement n'est pas l'activité principale. Son activité principale et son activité de remplacement dépendent alors du RSI

- D- Montant des cotisations sociales personnelles obligatoires
- E- Montant total des recettes tirées de vos activités non salariées
- F- Taux Urssaf

- pour les médecins du secteur 2 relevant du régime des PAM

- A- Montant des revenus liés à l'activité conventionnée (y compris les dépassements d'honoraires, les revenus de remplacement et les exonérations et déductions fiscales)
- B- Montant des autres revenus professionnels non salariés
- C- Montant des revenus de remplacement
- D- Montant des cotisations sociales personnelles obligatoires
- E- Montant total des recettes tirées de vos activités non salariées

Les revenus tirés de l'activité conventionnée doivent être déclarés dans la ligne A de la déclaration.

Les revenus issus d'autres activités que celle exercée dans le cadre des conventions doivent être reportés dans la ligne B. C'est dans cette ligne par exemple que les médecins doivent déclarer leurs revenus issus de l'activité en établissements à dotation globale (EHPAD, ESPIC...) en attendant le nouveau formulaire concernant les revenus 2013.

Les professionnels qui exercent plusieurs activités, dont l'une n'est pas conventionnée, n'ont pas l'obligation de tenir une comptabilité pour chaque activité lorsque toutes les activités relèvent de la catégorie fiscale des BNC. En effet, dans ce cas là, les revenus de toutes leurs activités, conventionnées ou non, sont cumulés dans leur déclaration fiscale (formulaire 2035 et ses annexes) sans distinction.

Il appartient cependant au professionnel d'établir une déclaration de revenus qui distingue les revenus selon leur source et de ne mentionner en ligne A que ceux trouvant leur origine dans l'activité conventionnée.

A défaut pour lui d'y parvenir, il peut dans un premier temps déterminer les recettes affectées à chaque activité (recettes de l'activité conventionnée, recettes hors activité conventionnée et recettes totales) puis répartir les charges de manière proportionnelle sur les revenus bruts, selon leur nature, de la manière suivante :

- concernant l'activité conventionnée :

$$\frac{\text{Recettes de l'activité conventionnée}}{\text{Recettes totales}} \times \text{revenu fiscal net}$$

Revenu fiscal net = le bénéfice (ligne CP) ou déficit (ligne CR reporté sur le formulaire fiscal 2035 B.

Recettes totales = les recettes cumulées de toutes les activités, reporté en ligne AG du formulaire fiscal 2035 A.

- concernant l'activité non conventionnée :

$$\frac{\text{Recettes de l'activité non conventionnée}}{\text{Recettes totales}} \times \text{revenu fiscal net}$$

Le total des honoraires tirés de l'activité conventionnée et les dépassements d'honoraires figurent sur les relevés d'honoraires (RH) et le « taux URSSAF » spécifique aux chirurgiens-dentistes apparaît sur le relevé d'activité et de prescription (RIAP). Ces documents sont adressés aux professionnels par les CPAM.

Afin de faciliter les démarches des professionnels, la CNAMTS transmet désormais à l'ACOSS ces informations pour un pré-remplissage des déclarations de revenus.

Toutefois, les praticiens sont habilités à modifier ces données pré-remplies s'ils estiment, au regard par exemple de leur comptabilité, qu'elles ne sont pas exactes.

Les imprimés de déclaration des revenus 2012 sont joints en annexe. La déclaration de revenus 2013 sera adaptée pour identifier les revenus acquis dans le cadre d'une activité en structure de soins incluant la rémunération des PS.

2.2. L'assiette de calcul des cotisations sociales

2.2.1. La cotisation personnelle d'allocations familiales

La cotisation personnelle d'allocations familiales est assise sur le revenu tiré de l'ensemble des activités professionnelles non salariées exercées par le PS libéral, que ces activités aient été réalisées ou non dans le champ de la convention.

Depuis le 1^{er} janvier 2012, ce revenu est celui retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu, sans qu'il soit tenu compte :

- des plus-values et moins-values professionnelles à long terme,
- des reports déficitaires,
- du coefficient multiplicateur mentionné au 7 de l'article 158 du code général des impôts (contribuables non adhérents d'un centre de gestion agréé ou ne faisant pas appel à un expert-comptable),
- de la déduction des cotisations versées aux régimes facultatifs « loi Madelin » par les assurés y ayant adhéré après le 13 février 1994,
- la totalité des exonérations fiscales dont a bénéficié le professionnel.

A compter des revenus 2013, il ne sera également plus tenu compte de la déduction forfaitaire des frais professionnels de 10 % et de la déduction au réel des frais, droits et intérêts d'emprunt exposés pour acquérir ou souscrire des parts ou des actions de la société dans laquelle exerce le travailleur indépendant.

Ce revenu est majoré de la part des revenus perçus, sous forme de revenus distribués ou d'intérêts de comptes courants d'associés, par le professionnel exerçant son activité en société, son conjoint (ou partenaire) et ses enfants mineurs non émancipés, supérieure à 10 % du capital social, des primes d'émission et des sommes versées en compte détenus par ces même personnes.

2.2.2. La cotisation maladie, maternité et décès

Depuis le 1^{er} janvier 2011 (2012 pour les pédicures podologues), la cotisation d'assurance maladie due par le professionnel de santé auprès du régime des PAMC est assise sur le revenu tiré de l'ensemble des activités professionnelles exercées par le PS libéral, que ces activités aient été réalisées ou non dans le champ de la convention nationale.

Toutefois, le revenu tiré des activités professionnelles non conventionnées n'était pris en compte que dans la limite de 5 fois le plafond annuel de la sécurité sociale.

Ce plafonnement a cependant été supprimé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Par conséquent, depuis le 1^{er} janvier 2013, l'assiette de la cotisation maladie est identique à l'assiette de la cotisation personnelle d'allocations familiales.

2.3. L'assiette de prise en charge des cotisations

La participation de l'assurance maladie au paiement des cotisations d'allocations familiales et maladie dues par les praticiens et auxiliaires médicaux est assise sur les revenus tirés de l'activité conventionnée nets de dépassement d'honoraires et pour les professions ayant négocié un accord conventionnel, sur l'activité réalisée en structure de soins incluant la rémunération de ces professionnels de santé (cf 1.2.2).

2.3.1. Dispositions communes applicables aux médecins du secteur 1 et aux auxiliaires médicaux (hors chirurgiens-dentistes)

Le montant de l'assiette de participation est obtenu par l'application au montant des revenus de l'activité conventionnée du ratio des dépassements d'honoraires et du total des honoraires.

Concrètement, pour les revenus 2012, le calcul est réalisé en deux étapes :

- 1- Dans un premier temps, le système d'information des Urssaf calcule la part des honoraires tirés de l'activité conventionnée hors dépassements au sein de l'activité totale du professionnel soit :

$$\frac{\text{Montant total des honoraires tirés de l'activité conventionnée} - \text{montant des dépassements d'honoraires}}{\text{Montant total des honoraires tirés de l'activité conventionnée}}$$

- 2- Ce ratio, correspondant au montant brut de recettes conventionnées excluant les dépassements d'honoraires, est multiplié par le montant des revenus de l'activité conventionnée afin de déterminer l'assiette de participation des CPAM au paiement des cotisations sociales due par les professionnels conventionnés.

L'assiette de participation des CPAM est obtenue à partir des données suivantes de la déclaration de revenus :

- A- Montant des revenus liés à l'activité conventionnée (y compris les dépassements d'honoraires, les revenus de remplacement et les exonérations et déductions fiscales)
- E- Montant total des honoraires tirés de l'activité conventionnée
- F- Dont montant des dépassements d'honoraires

Il en résulte les calculs suivants :

- 1- la part de l'activité facturée en tarif conventionné dans l'activité conventionnée totale du PAM est égal à $(E - F) / E$
- 2- l'assiette de participation des CPAM est égale à $A \times (E - F) / E$

Les exemples exposés ci-dessous à titre strictement pédagogique permettent d'illustrer la règle de calcul de la participation des CPAM aux cotisations dues par les professionnels et auxiliaires médicaux. Les montants utilisés ne sont pas représentatifs des montants réellement déclarés par les praticiens.

Exemple 1 : l'activité conventionnée ne comporte pas de dépassement d'honoraires

Un praticien déclare :

- 90 000 € au titre des revenus liés à l'activité conventionnée (ligne A)
- 5 000 € au titre des autres revenus professionnels non salariés (ligne B)
- 110 000 € au titre des honoraires tirés de l'activité conventionnée (ligne E)
- Néant au titre des dépassements d'honoraires (ligne F)

Assiette de la cotisation d'assurance maladie = $90\,000 + 5\,000 = 95\,000$ €

Assiette de participation de la CPAM = 90 000 €

Cotisation d'assurance maladie due = $95\,000 \times 9,81\% = 9\,320$ €

Cotisation d'assurance maladie prise en charge par la CPAM = $90\,000 \times 9,7\% = 8\,730$ €

Cotisation d'assurance maladie restant à la charge du praticien = $9\,320 - 8\,730 = 590$ €.

Exemple 2 : l'activité conventionnée est facturée pour partie avec des dépassements d'honoraires

Un praticien déclare :

- 90 000 € au titre des revenus liés à l'activité conventionnée (ligne A)
- 5 000 € au titre des autres revenus professionnels non salariés (ligne B)
- 125 000 € au titre des honoraires tirés de l'activité conventionnée (ligne E)
- 000 € au titre des dépassements d'honoraires (ligne F)

Assiette de la cotisation d'assurance maladie = $90\,000 + 5\,000 = 95\,000$ €

Assiette de participation de la CPAM = $90\,000 \times (125\,000 - 25\,000) / 125\,000 = 72\,000$ €

Cotisation d'assurance maladie due = $95\,000 \times 9,81\% = 9\,320$ €

Cotisation d'assurance maladie prise en charge par la CPAM = $72\,000 \times 9,7\% = 6\,984$ €

Cotisation d'assurance maladie restant à la charge du praticien = $9\,320 - 6\,984 = 2\,336$ €.

2.3.2. Cas particulier des chirurgiens-dentistes

La participation des CPAM aux cotisations sociales des chirurgiens-dentistes est également assise sur une assiette excluant les dépassements d'honoraires à l'instar des autres PAM, mais à l'exception des dépassements plafonnés du périmètre CMU-C. Les modalités de détermination de l'assiette de participation sont différentes de celles exposées au paragraphe ci-dessous.

L'assiette de prise en charge de la cotisation d'assurance maladie due par les chirurgiens dentistes fait intervenir les éléments suivants :

- Le taux de dépassements (hors forfait CMU-C) du praticien, appelé « taux URSSAF » qui est obtenu par la formule suivante :

$$\frac{(\text{dépassements} - \text{montants remboursés forfaits CMU})}{(\text{montants remboursables actes} + \text{montants remboursés forfaits CMU})}$$

- Le taux de participation du praticien (TP)

$$TP = \text{Taux URSSAF} / (1 + \text{Taux URSSAF})$$

- Le taux de participation des caisses (TC)

$$TC = 1 - TP$$

L'assiette de participation des caisses est égale à la totalité du revenu lié à l'activité conventionnée du chirurgien-dentiste multiplié par le taux de participation des caisses (TC)

Exemple : l'activité conventionnée est facturée pour partie avec des dépassements d'honoraires

Un chirurgien-dentiste déclare :

- 90 000 € au titre des revenus liés à l'activité conventionnée (ligne A)
- 5 000 € au titre des autres revenus professionnels non salariés (ligne B)
- 3,81 au titre du « taux URSSAF » (ligne E)

Assiette de la cotisation d'assurance maladie = 90 000 + 5 000 = 95 000 €

Cotisation d'assurance maladie due = 95 000 x 9,81 % = 9 320 €

Taux de participation du praticien (TP) = 3,81 / (1 + 3,81) = 0,79

Taux de participation de la CPAM (TC) = 1 - 0,79 = 0,21

Assiette de participation de la CPAM = 90 000 x 0,21 = 18 900 €

Cotisation d'assurance maladie prise en charge par la CPAM = 18 900 x 9,7 % = 1 833 €

Cotisation d'assurance maladie restant à la charge du praticien = 9 320 - 1 833 = 7 487 €.

2.3.3. *Précisions*

- En cas de début d'activité, l'assiette de la prise en charge des cotisations sociales est alignée sur le montant de l'assiette forfaitaire de début d'activité.
- En cas de non fourniture des éléments déclaratifs permettant de déterminer les assiettes de cotisations et de participation des CPAM, aucune prise en charge de cotisations ne sera calculée par les URSSAF.

2.4. **Modalités du circuit de facturation de la prise en charge des cotisations sociales : impact comptable et en termes de contrôle**

A la suite de la LR-DDFC-73/2011 du 16/12/2011, les caisses locales n'ont plus d'écritures à comptabiliser au titre de la prise en charge de ces cotisations Maladie des PAM et des cotisations AF des médecins du secteur I ainsi que des professionnels ayant souscrit un « contrat incitatif ». Au niveau des contrôles, une analyse est en cours afin de déterminer les éventuels contrôles à effectuer en local.

Le Directeur de l'ACOSS
Jean-Louis REY

Le Directeur Général de la CNAMTS
Frédéric VAN ROEKEGHEM

Fait à Paris, le

DÉCLARATION DE REVENUS PROFESSIONNELS

MÉDECIN CONVENTIONNÉ DU SECTEUR 1, MASSEUR KINÉSITHÉRAPEUTE, INFIRMIER, SAGE-FEMME, ORTHOPHONISTE, PÉDICURE-PODOLOGUE, ORTHOPTISTE

URSSAF DE

A , le

www.urssaf.fr

POUR NOUS CONTACTER

RÉFÉRENCES

N° Sécurité sociale 99999999999999
N° Siret 99999999999999
N° PAM 999 9999999999999999
N° TI 999 999999999999999 9
N° Pièce 6666666666
Page 1/1

Denomination_1
Denomination_2
Adresse_1
Adresse_2
CP Ville

REVENUS DE L'ANNÉE : 2012

Pour compléter cette déclaration, merci de porter un chiffre par case, sans espace, point, ni virgule et d'arrondir le montant de vos revenus à l'euro le plus proche.

En cas d'inexactitude des montants pré-remplis, ne pas modifier mais utiliser les zones de correction.

* IMPORTANT :

La ligne « A - Montant des revenus liés à l'activité conventionnée », doit également comprendre les dépassements d'honoraires, les revenus de remplacement, les exonérations et déductions fiscales.

Madame, Monsieur,

Afin de procéder au calcul de vos cotisations, je vous invite à **retourner cette déclaration complétée, datée et signée avant le JJ/MM/AAA**.

À défaut, vos cotisations seront calculées sur une base forfaitaire majorée (taxation d'office). Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à contacter votre conseiller Urssaf.

Le Directeur

Si vous relevez de l'article 62 du code général des impôts, veuillez cocher la case ci-contre : ☐

	Bénéfices						Déficits					
A - Montant des revenus liés à l'activité conventionnée*												
B - Montant des autres revenus professionnels non salariés												
C - Montant des revenus de remplacement												
D - Montant des cotisations sociales personnelles obligatoires												

	Recettes		Corrigez, si le montant est inexact					
E - Montant total des honoraires tirés de l'activité conventionnée	XXX	XXX						
F - Dont montant des dépassements d'honoraires	X	XXX						
G - Montant total des recettes tirées de vos activités non salariées	XXX	XXX						

CADRE LÉGAL

La loi du 6/01/78 modifiée, relative à l'informatique 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.

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

Date limite d'envoi

JJ MM AAA

le : / /

Signature

RÉSERVÉ À L'ORGANISME

N° Siret
N° PAM
N° TI
N° Pièce

URSSAF DE
adresse 1
adresse 2
adresse 2
CP VILLE

DÉCLARATION DE REVENUS PROFESSIONNELS

MÉDECIN RELEVANT DU SECTEUR 2

URSSAF DE

A , le

www.urssaf.fr

POUR NOUS CONTACTER

RÉFÉRENCES

N° Sécurité sociale 9999999999999
N° Siret 9999999999999
N° PAM 999 999999999999999
N° TI 999 99999999999999 9
N° Pièce 6666666666
Page 1/1

Denomination_1
Denomination_2
Adresse_1
Adresse_2
CP Ville

REVENUS DE L'ANNÉE : 2012

Pour compléter cette déclaration, merci de porter un chiffre par case, sans espace, point, ni virgule et d'arrondir le montant de vos revenus à l'euro le plus proche.

* IMPORTANT :

La ligne « A - Montant des revenus liés à l'activité conventionnée », doit également comprendre les dépassements d'honoraires, les revenus de remplacement, les exonérations et déductions fiscales.

Madame, Monsieur,

Afin de procéder au calcul de vos cotisations, je vous invite à **retourner cette déclaration complétée, datée et signée avant le JJ/MM/AAA**.

À défaut, vos cotisations seront calculées sur une base forfaitaire majorée (taxation d'office). Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à contacter votre conseiller Urssaf.

Le Directeur

Si vous relevez de l'article 62 du code général des impôts, veuillez cocher la case ci-contre : ☐

	Bénéfices						Déficits					
A - Montant des revenus liés à l'activité conventionnée*												
B - Montant des autres revenus professionnels non salariés												
C - Montant des revenus de remplacement												
D - Montant des cotisations sociales personnelles obligatoires												
E - Montant total des recettes tirées de vos activités non salariées												

CADRE LÉGAL

La loi du 6/01/78 modifiée, relative à l'informatique 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.

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

le : / /

Date limite d'envoi

JJ MM AAA

Signature

RÉSERVÉ À L'ORGANISME

N° Siret
N° PAM
N° TI
N° Pièce

URSSAF DE
adresse 1
adresse 2
adresse 2
CP VILLE

DÉCLARATION DE REVENUS PROFESSIONNELS

CHIRURGIEN DENTISTE

URSSAF DE

A , le

www.urssaf.fr

POUR NOUS CONTACTER

RÉFÉRENCES

N° Sécurité sociale 9999999999999999
N° Siret 9999999999999999
N° PAM 999 9999999999999999
N° TI 999 9999999999999999 9
N° Pièce 6666666666
Page 1/1

Denomination_1
Denomination_2
Adresse_1
Adresse_2
CPVille

REVENUS DE L'ANNÉE : 2012

Pour compléter cette déclaration, merci de porter un chiffre par case, sans espace, point, ni virgule et d'arrondir le montant de vos revenus à l'euro le plus proche.

En cas d'inexactitude des montants pré-remplis, ne pas modifier mais utiliser les zones de correction.

* IMPORTANT :

La ligne « A - Montant des revenus liés à l'activité conventionnée », doit également comprendre les dépassements d'honoraires, les revenus de remplacement, les exonérations et déductions fiscales.

** Si au titre de l'année 2012, ce taux Urssaf ne vous a pas été communiqué en raison de votre statut de remplaçant(e), veuillez mettre un 0,00 dans la case dédiée à la correction du Taux « Urssaf ».

Madame, Monsieur,

Afin de procéder au calcul de vos cotisations, je vous invite à **retourner cette déclaration complétée, datée et signée avant le JJ/MM/AAA**.

À défaut, vos cotisations seront calculées sur une base forfaitaire majorée (taxation d'office). Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à contacter votre conseiller Urssaf.

Le Directeur

Si vous relevez de l'article 62 du code général des impôts, veuillez cocher la case ci-contre : ☐

	Bénéfices						Déficits					
A - Montant des revenus liés à l'activité conventionnée*												
B - Montant des autres revenus professionnels non salariés												
C - Montant des revenus de remplacement												
D - Montant des cotisations sociales personnelles obligatoires												
E - Montant total des recettes tirées de vos activités non salariées												

Le taux « Urssaf » est pré-rempli. Il convient de le vérifier et de le rectifier si nécessaire.

F - Taux « Urssaf » : X,XX

Corrigez, si le taux est inexact** : ,

CADRE LÉGAL

La loi du 6/01/78 modifiée, relative à l'informatique 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.

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

le : / /

Date limite d'envoi

JJ MM AAA

Signature

RÉSERVÉ À L'ORGANISME

N° Siret
N° PAM
N° TI
N° Pièce

URSSAF DE
adresse 1
adresse 2
adresse 2
CP VILLE