

LA PROTECTION SOCIALE DU CRÉATEUR D'ENTREPRISE



**PRATICIENS
ET AUXILIAIRES
MÉDICAUX
CONVENTIONNÉS
2020**



DU PROJET À LA CRÉATION

S'installer en 2020	4
Choisir votre statut juridique et votre régime de protection sociale	5
Choisir votre statut fiscal et votre régime d'imposition	6
Enregistrer votre activité	7

VOUS ET VOTRE PROTECTION SOCIALE

Un régime de Sécurité sociale obligatoire.....	8
Vos cotisations et contributions	9
Vos interlocuteurs.....	10

VOS COTISATIONS SOCIALES

En début d'activité	11
Bases de calcul et taux des cotisations obligatoires.....	12
Cotisations de début d'activité	17
Le calcul en "régime de croisière"	21
Paiement de vos cotisations	22
Cotisations minimales	23
La gestion de votre compte	24

ASSURANCE VOLONTAIRE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

.....	26
-------	----

BÉNÉFICIER DE PRESTATIONS SOCIALES

Maladie et maternité	28
Retraite - Invalidité/décès	29
Action sociale, médecine préventive	29

LES AIDES À LA CRÉATION

Accompagnement à la création	31
Aides de la CPAM	32

AIDES COMPLÉMENTAIRES

Cotisation foncière des entreprises ; aides des collectivités territoriales.....	44
SISA	44
Centre de santé médical ou polyvalent	45

DÉBUTER VOTRE ACTIVITÉ EN TANT QUE REMPLAÇANT

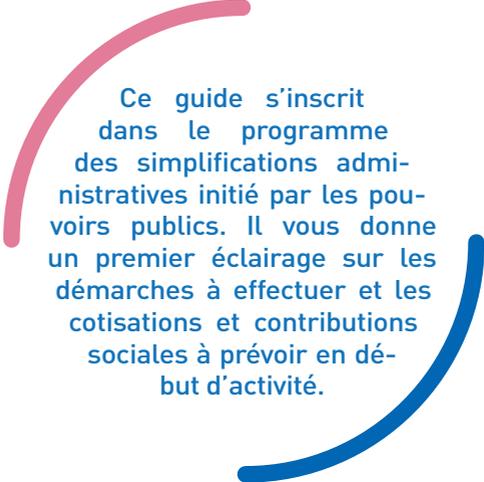
Médecins	51
Médecins : une offre de simplification pour les remplaçants.....	52
Chirurgiens-dentistes	54
Infirmiers.....	56
Masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes, sages-femmes	57

DEVENIR EMPLOYEUR

Déclaration du salarié	58
Déclaration des cotisations et contributions sociales : la DSN.....	58

PROTECTION SOCIALE DE VOTRE CONJOINT

Votre conjoint participe de façon régulière à l'activité de l'entreprise	60
--	----



Ce guide s'inscrit dans le programme des simplifications administratives initié par les pouvoirs publics. Il vous donne un premier éclairage sur les démarches à effectuer et les cotisations et contributions sociales à prévoir en début d'activité.

En 2020, vous envisagez d'exercer une activité médicale ou paramédicale à titre libéral, en métropole, sous le régime conventionnel.

Afin de faciliter vos démarches, les organismes sociaux se sont associés et ont réuni dans ce guide les principales informations relatives à votre protection sociale.

Ce guide s'inscrit dans le programme des simplifications administratives initié par les pouvoirs publics. Il vous donne un premier éclairage sur les démarches à effectuer et les cotisations et contributions sociales à prévoir en début d'activité. Il présente également les prestations auxquelles vous pouvez prétendre au titre de l'assurance maladie maternité, des prestations familiales et de la retraite.

Ce guide est consacré spécifiquement aux créateurs praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés.

Deux autres guides s'adressent aux créateurs d'entreprises : « profession libérale » et « travailleur indépendant ».

DU PROJET À LA CRÉATION

S'INSTALLER EN 2020

Vous vous installez pour exercer une activité de professionnel de santé libéral.

L'assurance maladie des professionnels de santé libéraux est confiée au régime général de la Sécurité sociale.

Les CPAM gèrent l'assurance maladie des assurés qui créent leur entreprise en 2020. Dès lors les médecins de secteur II, les pédicures et les podologues (qui ne souhaitent pas être affiliés au régime des PAMC), sont rattachés à la CPAM de leur lieu de résidence en tant que travailleurs indépendants.

PRATICIENS ET AUXILIAIRES MÉDICAUX			
Conventionnés			Non conventionnés
Médecin Secteur I	Médecin Secteur II, pédicure-podologue	Chirurgien-dentiste, sage-femme et auxiliaires médicaux : infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, orthophoniste et orthoptiste	Reportez-vous au guide « Profession libérale »
Participation partielle par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) des cotisations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - maladie maternité (cf. p.12), - allocations familiales (cf. p.14), - retraite de base. Prise en charge de la cotisation retraite de base. Cette participation, dans la limite de la cotisation due, correspond à : <ul style="list-style-type: none"> - 2,15 % du revenu pour les revenus inférieurs à 57 590 € ; - 1,51 % du revenu pour les revenus compris entre 57 590 € et 102 840 € ; - 1,12 % du revenu pour les revenus supérieurs à 102 840 €. 	Aucune participation aux cotisations sociales pour les médecins Secteur II, pédicures-podologues qui ont opté pour le rattachement au régime des travailleurs indépendants plutôt qu'au régime PAMC.	Participation partielle par la CPAM des cotisations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - maladie-maternité (cf. p.12), - avantages sociaux vieillesse (ASV). 	
Les médecins, les masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, infirmiers, orthophonistes ou orthoptistes exerçant au sein de certaines structures de soins (Ex : EHPAD, ESPIC, SSIAD, HAD, CMPP...), dans le cadre d'un contrat d'exercice libéral, peuvent bénéficier d'une prise en charge de leurs cotisations par l'assurance maladie. Pour les médecins, cette disposition est applicable à condition de réaliser au moins 15% de leur activité libérale hors structure de soins.			

En tant que médecin :

- si vous appliquez le tarif conventionnel sans dépassement, vous relevez du secteur I,
- si vous souhaitez appliquer des honoraires différents et remplissez les conditions fixées par la convention médicale, vous relevez du secteur II (cf. page 7).

CHOISIR VOTRE STATUT JURIDIQUE ET VOTRE RÉGIME DE PROTECTION SOCIALE

PRINCIPAUX STATUTS JURIDIQUES	PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES	PROTECTION SOCIALE DU CRÉATEUR	
		Qui relève du régime des indépendants ?	Qui relève du régime salarié ?
EI <i>Entreprise individuelle</i>	Appelée également entreprise en nom propre ou entreprise en nom personnel. Aucun apport de capital nécessaire. Le patrimoine privé et le patrimoine de l'entreprise ne font qu'un.	L'entrepreneur	
EI <i>avec option EIRL</i> <i>Entrepreneur individuel à responsabilité limitée</i>	Permet de protéger ses biens en affectant à son activité un patrimoine professionnel (pouvant être nul) nécessaire à l'activité.		
EURL <i>Entreprise, unipersonnelle à responsabilité limitée</i>	Société comportant un seul associé. La responsabilité est limitée au montant de son apport dans le capital.	Le gérant associé unique.	<ul style="list-style-type: none"> • le gérant non associé rémunéré.*
SELARL <i>Société d'exercice libéral à responsabilité limitée</i>	La SELARL est composée d'au moins 2 associés dont la responsabilité financière est limitée aux montants des apports dans le capital. Le capital minimum est librement fixé dans les statuts.	<ul style="list-style-type: none"> • le gérant majoritaire, • le gérant appartenant à un collège de gérance majoritaire, • l'associé majoritaire non gérant exerçant une activité au sein de la société. 	<ul style="list-style-type: none"> • le gérant égalitaire ou minoritaire rémunéré,* • le gérant rémunéré appartenant à un collège de gérance égalitaire ou minoritaire.*
SELAS(U) <i>Société d'exercice libéral par actions simplifiée (unipersonnelle)</i>	La SELAS est composée d'au moins 2 associés, la SELASU d'un seul. La responsabilité financière du ou des associé(s) est limitée aux montants des apports dans le capital. Le capital minimum est librement fixé dans les statuts.	Les associés exerçant une activité libérale au sein de la SELAS.	<ul style="list-style-type: none"> • le président et les dirigeants rémunérés au titre de leur mandat social.* • cumul possible avec un contrat de travail pour des fonctions techniques (contacter Pôle emploi).
SELCA <i>Société d'exercice libéral en commandite par actions</i>	Au moins 4 associés : 1 commandité et 3 commanditaires	<ul style="list-style-type: none"> • le gérant • l'associé commandité 	Le commanditaire
SELAFA <i>Société d'exercice libéral à forme anonyme</i>	Société composée d'au moins 3 actionnaires.	Les associés exerçant une activité libérale au sein de la SELAFA.	<ul style="list-style-type: none"> • le président du Conseil d'administration,* • le directeur général, le directeur général délégué.*
SISA <i>Société interprofessionnelle de soins ambulatoires</i> <i>Présentation en page 42</i>	Uniquement pour les professionnels de santé : médecins, auxiliaires médicaux et pharmaciens.	Les professionnels de santé associés en nom propre.	
SCM <i>Société civile de moyens</i>	Groupement permettant de partager avec d'autres praticiens l'acquisition et la gestion des moyens matériels utilisés dans l'exercice professionnel (locaux, équipements, personnel...).	Une SCM est constituée de deux associés au moins. Ils sont indéfiniment et conjointement responsables des dettes sociales.	
SCP <i>Société civile professionnelle</i>	Société non commerciale composée de plusieurs associés exerçant la même profession libérale.	Les associés non salariés.	L'associé titulaire d'un contrat de travail.*

* Vous pouvez adhérer au [Tese](#) (cf. page 59) pour déclarer et payer vos cotisations et contributions de protection sociale obligatoire. L'exonération Acre et la dispense de contribution à l'assurance chômage seront prises en compte par le Tese.

CHOISIR VOTRE STATUT FISCAL ET VOTRE RÉGIME D'IMPOSITION

À chaque forme juridique de l'entreprise correspond un régime fiscal, impôt sur le revenu ou impôt sur les sociétés, le cas échéant assorti d'un droit d'option.

Les recettes des professionnels de santé sont imposées dans la catégorie des Bénéfices non commerciaux (BNC).

Le mode d'imposition de l'entreprise est fonction du montant des recettes et du statut juridique : régime spécial BNC dit «micro-BNC», régime de la déclaration contrôlée. Votre statut fiscal conditionnera les modalités de calcul des cotisations et contributions sociales.

Si vous exercez en entreprise individuelle et que vos recettes sont inférieures à 72 500 €* , vous avez le choix entre :

- 1 - l'imposition sur le bénéfice réel. C'est le régime de la déclaration contrôlée ;
- 2 - l'imposition sur 66 % de vos recettes. C'est le régime spécial BNC dit «micro-BNC».

Si les recettes dépassent durant 2 années consécutives le seuil de 72 500 €* , le régime micro-BNC ne pourra pas continuer à s'appliquer et vous releverez du régime réel d'imposition.

* Cas de la première année

Dans le cas de la première année, le seuil de recettes tient compte de la durée de votre activité.

Exemple : début d'activité le 1^{er} mars 2020

$72\,500\text{ €} \times 306 / 366 = 60\,615\text{ €}$.

POUR VOUS RENSEIGNER sur ces statuts, rapprochez vous d'une Association de gestion agréée*, d'un expert-comptable (www.experts-comptables.fr) ou du service local des impôts des entreprises (SIE) (www.impots.gouv.fr).

* Associations régionales agréées de l'Union des professions libérales : www.arapl.org

Fédération nationale des associations de gestion agréées : www.fnaga.com

Union nationale des associations agréées : www.unasa.fr

BON À SAVOIR

L'Association de gestion agréée

Une Aga est une association à but non lucratif agréée par l'Administration fiscale. Elle a pour mission d'accompagner ses adhérents dans la gestion de leur comptabilité et leurs obligations fiscales.

Pour y adhérer, il faut exercer une profession libérale en entreprise individuelle ou en société et être imposable sur le revenu au titre des bénéfices non commerciaux (BNC). À défaut d'adhésion, une majoration de 25% est appliquée sur le bénéfice imposable.

ENREGISTRER VOTRE ACTIVITÉ

Vous devez contacter votre Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) pour obtenir votre numéro de praticien et effectuer les formalités administratives liées à la création de votre cabinet, notamment votre immatriculation à l'Urssaf.

Si toutefois votre CPAM ne remplit pas le rôle de guichet unique, vous devrez effectuer votre demande d'immatriculation au plus tard dans les 8 jours qui suivent votre installation sur www.cfe.urssaf.fr

Si vous exercez en société, après votre enregistrement à la CPAM, vous devrez effectuer l'immatriculation de votre société auprès du Centre de formalités des entreprises (CFE) : greffe du tribunal de commerce ou du tribunal de grande instance statuant commercialement sur www.infogreffe.fr

À la suite de votre immatriculation auprès du CFE, l'Insee vous attribue :

- un numéro d'identification unique par établissement : le **Siret** (14 chiffres) ;
- un code APE désignant votre activité.

BON À SAVOIR

Médecin secteur II (à honoraires différents)

Pour bénéficier du droit d'appliquer des honoraires différents, le médecin doit, dès la date de sa première installation :

- déclarer, à la CPAM du lieu d'implantation de son cabinet principal, sa volonté de pratiquer des honoraires différents, dès lors qu'il peut justifier des titres le permettant ;
 - informer simultanément de sa décision, par écrit, l'Urssaf dont il dépend.
-



VOUS ET VOTRE PROTECTION SOCIALE

UN RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE OBLIGATOIRE

Vous avez débuté votre activité en 2020

Vous relevez d'un régime de protection sociale spécifique et obligatoire même si vous exercez par ailleurs une activité salariée.

C'est le lieu de votre activité qui détermine votre rattachement au régime de Sécurité sociale français.

Des régimes sociaux spécifiques

Des conventions sont signées entre l'Assurance Maladie et les organisations syndicales représentatives des différentes professions. Elles permettent de régir les rapports entre les professionnels de santé et la CPAM.

Il existe plusieurs régimes sociaux qui s'adressent aux médecins conventionnés, aux chirurgiens-dentistes, aux sages-femmes et aux auxiliaires médicaux.

En exerçant dans le cadre de la convention, vous êtes affilié au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) géré par le régime général de la Sécurité sociale, à savoir par l'Urssaf pour vos cotisations (hors cotisations du risque retraite) et par la CPAM pour vos prestations maladie-maternité. Les conventions prévoient que les affiliés à ce régime bénéficient d'une participation de leur CPAM aux cotisations dues pour les revenus tirés de leur activité conventionnée, ainsi qu'au titre de la retraite complémentaire (ASV) et des prestations familiales.

VOS COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS

Pour financer vos prestations santé, famille et retraite, vous devez verser des cotisations et contributions sociales auprès de l'Urssaf et d'un organisme de retraite spécifique.

Pour l'Urssaf

- la cotisation personnelle d'allocations familiales,
- la contribution sociale généralisée (CSG),
- la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS),
- la cotisation d'assurance maladie - maternité, y compris la contribution additionnelle,
- la contribution à la formation professionnelle (CFP),
- la contribution aux unions régionales des professionnels de santé (Curps), sauf si vous êtes remplaçant.

Pour la retraite, l'invalidité ou le décès

Vous relevez d'une section professionnelle de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) selon votre activité.

BON À SAVOIR

Quelle que soit votre activité, si vous effectuez des remplacements, consultez les pages 51 à 57.

VOS INTERLOCUTEURS

Pour financer vos prestations santé, famille et retraite, vous devez verser des cotisations et contributions d'assurance sociale à des organismes de protection sociale.

POUR VOTRE SANTÉ ET VOTRE FAMILLE	POUR VOTRE RETRAITE
<p>Médecins secteur I et secteur II, chirurgien-dentiste, sage-femme, infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, orthophoniste et orthoptiste</p> <p>Vous réglez à l'Urssaf vos cotisations et contributions sociales obligatoires. www.urssaf.fr</p> <p>La gestion de votre couverture maladie-maternité est assurée par votre Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). www.ameli.fr</p> <p>En fonction de votre situation personnelle, des prestations peuvent être versées par votre Caisse d'allocations familiales :</p> <ul style="list-style-type: none">- compensation des charges familiales proprement dites (naissance, enfants à charge, garde d'enfant, rentrée scolaire...);- prestations relatives au handicap, à l'isolement, au logement, à la précarité (RSA...) et à la prime d'activité. <p>www.caf.fr</p>	<p>Pour toutes les questions concernant la retraite obligatoire, l'invalidité ou le décès, vous relevez d'une des sections professionnelles de la CNAVPL :</p> <ul style="list-style-type: none">- CARPIMKO infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, orthophoniste et orthoptiste. www.carpimko.fr- CARCDSF chirurgien-dentiste et sage-femme www.carcdsf.fr- CARMF médecins www.carmf.fr

Pour toute information complémentaire, n'hésitez pas à prendre contact avec les organismes de protection sociale.



VOS COTISATIONS SOCIALES

EN DÉBUT D'ACTIVITÉ

Les cotisations sociales sont calculées sur la base de votre revenu d'activité non salarié. Toutefois, lorsque vous débutez votre activité, ce revenu n'est pas connu.

Les cotisations dont vous êtes redevable, au titre des deux premières années d'activité, sont calculées à titre provisoire sur une **base forfaitaire** identique pour tous les organismes de protection sociale.

BASES DE CALCUL FORFAITAIRE ANNUELLES	
1 ^{re} année en 2020	7 816 € (19% du plafond annuel de la Sécurité sociale 2020*)
2 ^e année en 2021	7 816 € (19% du plafond annuel de la Sécurité sociale 2020*)

* Plafond annuel de la Sécurité sociale 2020 : 41 136 €

Vous exercez votre activité dans le cadre d'une société, avec le statut d'indépendant ou d'une EIRL et vous avez opté pour l'impôt sur les sociétés.

La base de calcul de vos cotisations sociales intègre en plus de votre rémunération :

- les dividendes perçus dépassant 10 % du capital social que vous détenez ou pour les EIRL, 10 % du patrimoine affecté ;
- l'abattement fiscal forfaitaire de 10 % pour frais professionnels.

Si vous débutez en cours d'année, cette base de calcul est proratisée. Les premiers paiements interviennent après un délai minimum de 90 jours suivant le début d'activité (excepté pour les cotisations retraite et invalidité/décès).

Dès que votre revenu d'activité non salarié sera connu, vos cotisations seront recalculées et donc régularisées.

Cette régularisation s'applique à l'ensemble des cotisations (à l'exception de la contribution à la formation professionnelle).

Estimation du revenu d'activité

Afin de limiter les impacts de la régularisation, si vous pensez que votre revenu d'activité non salarié sera différent de ce revenu forfaitaire, vos cotisations provisoires pourront, sur simple demande, être calculées sur la base du revenu estimé de l'année en cours. Vous pouvez effectuer cette demande par courriel via [urssaf.fr/votre espace](mailto:urssaf.fr/votre-espace)

Concernant l'assurance vieillesse, pour votre cotisation du régime de base, vous devez contacter votre section professionnelle pour en connaître les modalités.

BASES DE CALCUL ET TAUX DES COTISATIONS OBLIGATOIRES

COTISATION MALADIE-MATERNITÉ

→ Médecin secteur I, sage-femme, infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, orthophoniste, orthoptiste.

COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS	Taux global	Participation de l'Assurance maladie	À votre charge
Cotisation maladie sur les revenus conventionnés nets de dépassements d'honoraires	6,50 %	6,40 %	0,10 %
Cotisation maladie sur les autres revenus d'activité et ceux issus des dépassements	6,50 %	-	6,50 %
Contribution additionnelle sur les autres revenus d'activité et ceux issus des dépassements	3,25 %	-	3,25 %

Exemple de calcul de la cotisation maladie-maternité

Revenus professionnels 2020 déclarés en 2021 : 60 000 €

- 50 000 € de revenus conventionnés nets de dépassements d'honoraires
- 10 000 € d'autres revenus non conventionnés et de dépassements d'honoraires

SUR LE REVENU CONVENTIONNÉ NET DE DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES	SUR LES AUTRES REVENUS ET LES DÉPASSEMENTS
Cotisation : $50\,000 \times 6,50\% = 3\,250\text{ €}$	
Participation de l'assurance maladie : $50\,000 \times 6,4\% = 3\,200\text{ €}$	Cotisation : $10\,000 \times 6,50\% = 650\text{ €}$ Contribution additionnelle : $10\,000 \times 3,25\% = 325\text{ €}$
À votre charge : $50\,000 \times 0,10\% = 50\text{ €}$	= 975 €
Montant dû $50\text{ €} + 975\text{ €} = 1\,025\text{ €}$	

→ Médecin secteur II

Cotisation maladie sur la totalité des revenus d'activité non salarié

6,50 %

Contribution additionnelle sur les revenus conventionnés en dépassements d'honoraires et sur les revenus non conventionnés (à l'exception des revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut votre rémunération et de la participation à la permanence des soins)

3,25 %

→ Chirurgien-dentiste

Participation de votre caisse d'assurance maladie

La participation à votre cotisation d'assurance maladie par la CPAM présente une spécificité.

Le « taux Urssaf » (taux UR) permet de calculer la part de votre cotisation d'assurance maladie-maternité prise en charge par la CPAM.

Calcul de l'assiette de la prise en charge CPAM

La formule de calcul du taux Urssaf est la suivante :

Taux Urssaf = (dépassements – montants remboursés forfaits CMU – CCS*) / (montants remboursables actes + montants remboursés forfaits CMU + CSS*).

Ce taux est pré-rempli sur votre déclaration de revenus professionnels et est issu des données de votre Relevé individuel d'activité et de prescriptions (RIAP).

Exemple : Notification de la cotisation d'assurance maladie 2021

Montants des revenus professionnels pour l'année 2020

- Revenus tirés de l'activité conventionnée (y compris les revenus de remplacement, exonérations et déductions fiscales) : **73 824 €**

- Taux Urssaf : **2,92**

Détail de votre cotisation maladie 2020

COTISATIONS	BASE DE CALCUL	TAUX (%)	MONTANTS
Cotisation d'assurance maladie sur revenus tirés de l'activité conventionnée	73 824 €	6,50	4 799 €
Participation de votre caisse CPAM	18 833 €**	6,40	- 1 205 €
Contribution additionnelle sur les dépassements d'honoraires	54 991 €	3,25	1 787 €
Total de la cotisation restant à votre charge			5 381 €

* Complémentaire santé solidaire. La CSS remplace la CMU-C et l'ACS.

** Modalités de calcul de l'assiette de la participation de votre caisse d'assurance maladie correspondant à l'exemple ci-dessus :

- $2,92 / 3,92 = 0,744897$

- $1 - 0,744897 = 0,255103$

- $73\,824 \times 0,255103 = 18\,833$

COTISATION ALLOCATIONS FAMILIALES

→ Médecin secteur I

Sur le revenu conventionné net de dépassements d'honoraires, sur les autres revenus et les dépassements d'honoraires	
Pour les revenus d'activité non salariés inférieurs à 45 250 €	0 %
Pour les revenus d'activité non salariés compris entre 45 250 € et 57 590 €	<p>Taux progressif : entre 0 % et 3,10 %</p> <p>FORMULE : Taux = $[(T1) / (0,3 \times \text{Pass})] \times (r - 1,1 \times \text{Pass})$ où : - T1 est égal à 3,10 - Pass est la valeur du plafond annuel de la Sécurité sociale - r est le revenu d'activité</p> <p>Soit : 3,10 / 12 157 X (revenu – 45 250)</p>
Pour les revenus d'activité non salariés supérieurs à 57 590 €	3,10 %
Prise en charge par l'Assurance maladie exclusivement sur les revenus conventionnés nets de dépassements d'honoraires	<p>Pourcentage de prise en charge de la cotisation en fonction du montant des revenus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 100 % de la cotisation pour un revenu inférieur à 140 % du Pass 2020, soit 57 590 € ; - 75 % de la cotisation pour un revenu compris entre 140 % et 250% du Pass 2020, soit 57 590 € et 102 840 € ; - 60 % de la cotisation pour un revenu supérieur à 250 % du Pass 2020, soit 102 840 €.

Exemple de calcul de la cotisation allocations familiales

Revenu : 50 000 €

Taux applicable = 1,64 %

Cotisation : 820 €

▶ Participation : 100 % soit 820 €

▶ À la charge du médecin : 0 €

Revenu : 100 000 €

Taux applicable = 3,10 %

Cotisation : 3 100 €

▶ Participation : 60 % soit 1 860 €

▶ À la charge du médecin : 1 240 €

→ Médecin conventionné secteur II

Sur l'ensemble des revenus et des dépassements d'honoraires	
Pour les revenus d'activité non salariés inférieurs à 45 250 €	0 % du revenu d'activité non salarié
Pour les revenus d'activité non salariés compris entre 45 250 € et 57 590 €	Taux progressif : entre 0 % et 3,10 % du revenu d'activité non salarié
Pour les revenus d'activité non salariés supérieurs à 57 590 €	3,10 % du revenu d'activité non salarié

→ Chirurgien-dentiste, sage-femme, infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue

Allocations familiales (hors contrat incitatif)	
Pour les revenus d'activité non salariés inférieurs à 45 250 €	0 % du revenu d'activité non salarié
Pour les revenus d'activité non salariés compris entre 45 250 € et 57 590 €	Taux progressif : entre 0 % et 3,10 % du revenu d'activité non salarié
Pour les revenus d'activité non salariés supérieurs à 57 590 €	3,10 % du revenu d'activité non salarié

BASES DE CALCUL DE LA CSG-CRDS

CSG-CRDS	TAUX
<p>Revenu d'activité non salarié auquel vous ajoutez les cotisations personnelles obligatoires (maladie-maternité, retraite-invalidité-décès et allocations familiales).</p> <p>Le cas échéant, vous devez ajouter l'abondement versé dans un plan d'épargne entreprise ou un plan d'épargne retraite (PER) et les sommes versées au titre d'un accord d'intéressement dont vous avez bénéficié en tant que dirigeant non salarié.</p>	9,70 %
<p>Revenus de remplacement : les allocations forfaitaires de repos maternel, l'indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité maternité, l'indemnité de congé paternité, l'indemnité de remplacement maternité.</p> <p>La CSG-CRDS sur les revenus de remplacement est précomptée par votre CPAM.</p> <p>Ainsi, lors de la régularisation des revenus 2020 - à l'issue de la DS PAMC réalisée à compter d'avril 2021 - aucune CSG-CRDS ne sera appliquée sur ces revenus.</p> <p>La zone dédiée sur la DS-PAMC est néanmoins à compléter.</p>	6,70 %

CONTRIBUTION AUX UNIONS RÉGIONALES DES PROFESSIONS DE SANTÉ*

→ Médecin secteur I - Médecin conventionné secteur II

Contribution aux unions régionales des professionnels de santé (Curps)

0,50 % du revenu d'activité non salarié dans la limite de 206,08 € pour 2020

→ Chirurgien-dentiste

Contribution aux unions régionales des professionnels de santé (Curps)

0,30 % du revenu d'activité non salarié dans la limite de 206,00 € pour 2020

→ Sage-femme, infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue

Contribution aux unions régionales des professionnels de santé (Curps)

0,10 % du revenu d'activité non salarié dans la limite de 206,00 € pour 2020

* due en 2021 excepté pour les créations au 1^{er} janvier 2020.

BON À SAVOIR

Quelle que soit leur activité et sur justificatif, les remplaçants ne sont pas redevables de la Curps.

CONTRIBUTION À LA FORMATION PROFESSIONNELLE (CFP)

- ▶ L'assiette de calcul de la CFP correspond à 0,25 % du plafond annuel de la Sécurité sociale, soit 41 136 € pour 2020.
- ▶ La CFP 2021 d'un montant de 103 € sera à payer à l'échéance de novembre 2020.

Si votre conjoint a opté pour le statut de conjoint collaborateur, le taux est de 0,34 % soit un montant de 140 € pour 2020.

Après avoir payé votre cotisation, vous disposez d'une attestation en ligne dans votre espace personnel sur urssaf.fr (en novembre) : elle est indispensable pour faire votre demande auprès d'un organisme de formation.

Votre conjoint collaborateur peut également bénéficier de la formation professionnelle.

FAF-PM : Fonds d'assurance formation de la profession médicale

▶ www.fafpm.org

FIFPL : Fonds interprofessionnel de formation des professionnels libéraux

▶ www.fifpl.fr

COTISATIONS DE DÉBUT D'ACTIVITÉ

Lorsque vous débutez votre activité votre revenu n'est pas connu.

Vos cotisations sociales sont alors calculées sur **des bases forfaitaires annuelles** (7 816 € pour 2020 et 2021). Une régularisation sera effectuée sur la base de vos revenus professionnels 2020 déclarés en 2021.

Estimation du revenu d'activité

Si vous êtes certain que votre revenu d'activité non salariée sera différent de ce revenu forfaitaire, vos cotisations provisoires pourront être calculées sur la base du revenu estimé de l'année en cours (avec l'application des cotisations minimales cf. p. 23).

La demande de calcul des cotisations sur un revenu estimé est à effectuer sur urssaf.fr

Cotisations provisoires pour une affiliation au 1^{er} janvier 2020.

Les montants sont calculés à titre indicatif en fonction des données connues au moment de l'édition du présent guide.

MÉDECIN SECTEUR 1, Y COMPRIS REMPLAÇANT « THÉSÉ »

Cotisations sociales		2020 ⁽¹⁾	2021
Urssaf	Maladie	0	8
	Allocations familiales	0	0
	Contribution à la formation professionnelle	103	103 ⁽²⁾
	CSG-CRDS <i>Dont CSG déductible</i>	758 532	758 532
	Curps ⁽³⁾	39	39 ⁽²⁾
CARMF	Retraite de base	0	621
	Régime complémentaire (si médecin âgé de moins de 40 ans)	0	0
	Allocation supplémentaire de vieillesse forfaitaire	1 751	1 751 ⁽²⁾
	Allocation supplémentaire de vieillesse ajustement	99	99 ⁽²⁾
	Invalidité-décès	0	631 (classe A)
TOTAL		2 750 €	4 000 €

INTERNE « NON THÉSÉ » REMPLAÇANT UN MÉDECIN SECTEUR 1

Cotisations sociales		2020 ⁽¹⁾	2021
Urssaf	Maladie	0	8
	Allocations familiales	0	0
	Contribution à la formation professionnelle	103	103 ⁽²⁾
	CSG-CRDS <i>Dont CSG déductible</i>	758 532	758 532
TOTAL		861 €	869 €

[1] Montants 2020 tenant compte de l'exonération Acre (cf. p.20). Si vous ne bénéficiez pas de l'Acre, le montant de vos cotisations provisoires correspondent aux montants mentionnés pour l'année 2021).

[2] Données 2020.

[3] Excepté pour les remplaçants.

MÉDECIN SECTEUR 2

Cotisations sociales		2020 ⁽¹⁾	2021
Urssaf	Maladie	0	8
	Allocations familiales	0	0
	Contribution à la formation professionnelle	103	103 ⁽²⁾
	CSG-CRDS	758	758
	<i>Dont CSG déductible</i>	532	532
	Curps ⁽³⁾	39	39
CARMF ⁽⁴⁾	Retraite de base	0	778
	Régime complémentaire (si médecin âgé de moins de 40 ans)	0	0
	Allocation supplémentaire de vieillesse	5 253	5 253 ⁽²⁾
	Allocation supplémentaire de vieillesse ajustement	297	297 ⁽²⁾
	Invalidité décès	0	631 (classe A)
TOTAL		6 450 €	7 867 €

CHIRURGIEN-DENTISTE THÉSÉ

Cotisations sociales		2020 ⁽¹⁾	2021
Urssaf	Maladie	0	8
	Allocations familiales	0	0
	Contribution à la formation professionnelle	103	103 ⁽²⁾
	CSG-CRDS	758	758
	<i>Dont CSG déductible</i>	532	532
	Curps ⁽³⁾	23	23
CARCDSF	Retraite de base	0	789
	Régime complémentaire	2 690,40	2 690,40 ⁽²⁾
	Prestations complémentaires de Vieillesse	1 440,60	1 440,60 ⁽²⁾
	Invalidité décès et indemnités journalières	0	1 078 ⁽²⁾
TOTAL		5 015 €	6 890 €

(1) Montants 2020 tenant compte de l'exonération Acre (cf. p.20). Si vous ne bénéficiez pas de l'Acre, le montant de vos cotisations provisoires correspondent aux montants mentionnés pour l'année 2021.

(2) Données 2020.

(3) Excepté pour les remplaçants.

(4) Affiliation pour les seuls "thésés".

Cotisations CARCDSF : Un simulateur des cotisations est en ligne sur le site de la [CARCDSF](#).

SAGE-FEMME

Cotisations sociales		2020 ⁽¹⁾	2021
Urssaf	Maladie	0	8
	Allocations familiales	0	0
	Contribution à la formation professionnelle	103	103 ⁽²⁾
	CSG-CRDS	758	758
	<i>Dont CSG déductible</i>	532	532
	Curps ⁽³⁾	8	8
CARCDSF ⁽⁴⁾	Retraite de base	0	789 ⁽²⁾
	Régime complémentaire	2 690,40	2 690,40 ⁽²⁾
	Prestations complémentaires de vieillesse	260	260 ⁽²⁾
	Invalidité décès et indemnités journalières	0	91 (classe A) ⁽²⁾
TOTAL		3 819,40 €	4 707,40 €

Cotisations CARCDSF : Un simulateur des cotisations est en ligne sur le site de la [CARCDSF](#).

INFIRMIER, MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE, ORTHOPHONISTE, ORTHOPTISTE, PÉDICURE-PODOLOGUE

Cotisations sociales		2020 ⁽¹⁾	2021
Urssaf	Maladie	0	8
	Allocations familiales	0	0
	Contribution à la formation professionnelle	103	103 ⁽²⁾
	CSG-CRDS	758	758
	<i>Dont CSG déductible</i>	532	532
	Curps ⁽³⁾	8	8
Carpimko ⁽⁴⁾	Retraite de base	0	789
	Régime complémentaire	1 648	1 648 ⁽²⁾
	Régime de l'avantage social vieillesse	197	197 ⁽²⁾
	Invalidité décès	0	678 ⁽²⁾
TOTAL		2 714 €	4 189 €

[1] Montants 2020 tenant compte de l'exonération Acre (cf. p. 20). Si vous ne bénéficiez pas de l'Acre, le montant de vos cotisations provisoires correspondent aux montants mentionnés pour l'année 2021.

[2] Données 2020.

[3] Excepté pour les remplaçants.

[4] Affiliation obligatoire même si l'exercice est à titre accessoire ou sous forme de remplacement.

LE DÉBUT D'ACTIVITÉ

Si vous créez votre entreprise en 2020, vous serez exonéré, sous conditions, pendant 12 mois de certaines cotisations (aide aux créateurs et repreneurs d'entreprise Acre).

Les conditions de l'exonération

- Vous ne devez pas avoir bénéficié de l'aide aux créateurs ou repreneurs d'entreprise depuis trois ans. Cette période de 3 ans se situe entre la fin de cette exonération et la date de création de l'entreprise en 2020.
- Vous devez avoir le contrôle effectif de l'entreprise créée ou reprise, quel que soit sa forme juridique et le statut du chef d'entreprise (indépendant ou assimilé salarié cf. p. 5).

Les avantages

Vous êtes exonéré de certaines cotisations (maladie, allocations familiales, retraite de base et invalidité-décès) dans les conditions suivantes :

	Revenu	Nature de l'exonération
Cas 1	Inférieur à 30 852 €, soit 75 % du Pass *	Exonération totale des cotisations maladie et allocations familiales
Cas 2	Revenu compris entre 30 852 € et 41 136 €, soit entre 75 % et 100 % du Pass *	Exonération dégressive
Cas 3	Revenu supérieur au Pass, soit 41 136 € *	Pas d'exonération

[*] Pass : plafond annuel de la sécurité sociale.

Si vos revenus sont supérieurs à 30 852 € (cas 1) en 2020, vous devrez payer un complément de cotisations en 2021, après la réalisation de votre déclaration de revenus.

Vos cotisations provisoires 2020 peuvent être calculées sur la base du revenu estimé de l'année en cours. La demande est à effectuer sur urssaf.fr et auprès de votre caisse de retraite.

Restent dues :

Durant cette période, vous devrez payer les contributions non exonérées calculées sur une base forfaitaire suivant le tableau ci-dessous :

Nature des cotisations	Base forfaitaire de calcul	Montant annuel
CSG-CRDS Montant proratisé pour un début d'activité en cours d'année 2020	7 816 €	758 €
Formation professionnelle (CFP)	41 136 €	103 €
Contribution aux unions régionales des professionnels de santé (CURPS) exceptée pour les remplaçants.	7 816 €	39 € pour les médecins secteurs 1, 2 et spécialistes 23 € pour les dentistes 8 € pour les sages-femmes, les sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes.

LE CALCUL EN "RÉGIME DE CROISIÈRE"

Un calcul en 2 étapes :

→ Les cotisations provisoires

Vos cotisations, pour l'année en cours, sont d'abord calculées à titre provisoire sur la base du dernier revenu d'activité non salariée connu. Elles sont réparties en 12 mensualités ou 4 trimestres.

→ La régularisation des cotisations provisoires

En 2021, vous transmettez votre revenu professionnel 2020 via **la déclaration sociale des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (DS PAMC)**.

Elle est à effectuer **obligatoirement sur net-entreprises.fr**.

À partir des éléments reçus vous recevrez un nouvel échéancier comprenant :

- vos cotisations définitives de l'année 2020 ;
- le recalcul du montant de vos cotisations 2021 sur la base de vos revenus 2020 ;
- un prévisionnel du montant des échéances 2022 vous sera également fourni.

Plus tôt vous réaliserez votre DS PAMC, plus tôt vous bénéficierez de la régularisation définitive de vos revenus 2020 :

- en cas de complément de cotisations à payer, ce montant sera réparti sur les échéances restant dues au titre de l'année 2021.
- en cas de trop versé, le montant sera déduit des échéances restant dues au titre de l'année 2021 ou remboursé sans attendre la fin de l'année.

Estimation du revenu d'activité

En cas de variation de votre revenu à la hausse ou à la baisse, vous pouvez demander un recalcul de vos cotisations provisoires 2021 à partir d'une estimation de votre revenu 2021, sur urssaf.fr.

UNE DÉCLARATION DE REVENUS

Entre avril et juin, vous transmettez votre déclaration de revenu professionnel de l'année précédente via la déclaration sociale des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (DS PAMC).

Cette déclaration s'effectue sur le portail net-entreprises.fr

Une démarche en 3 étapes :

→ Inscription préalable, gratuite, sur net-entreprises.fr

Rendez-vous sur le portail net-entreprises.fr et cliquez sur « *Vous inscrire* ».

Indiquez seulement vos nom, prénom et numéro SIRET.

Cette inscription vous permet de recevoir des messages et informations.

L'accès s'effectue également sur votre tablette ou Smartphone.

Vous êtes déjà inscrit sur net-entreprises.fr ? Inscrivez-vous au service **DS PAMC** à partir du menu « *Vos déclarations* ».

→ Déclaration de vos revenus

Rendez-vous sur net-entreprises.fr / *Vos déclarations / DS PAMC* ou directement à partir de votre compte en ligne sur urssaf.fr.

Votre déclaration est pré-remplie en fonction des éléments communiqués par votre CPAM. Toutefois, celle-ci n'est pas pré-remplie pour les remplaçants.

Vous disposez d'une aide en ligne pour chacune des zones à compléter.

→ Validation de votre déclaration

La signature de votre déclaration est à réaliser avant la date limite de déclaration fixée par arrêté annuel.

Cette date est mentionnée sur la page d'accueil de la déclaration, dès parution de cet arrêté.

Une fois votre déclaration réalisée, un accusé de réception vous sera adressé : il constitue la preuve du respect de l'obligation déclarative.

Les données sont transmises à l'Urssaf ainsi qu'à votre caisse de retraite (CARCDSF, CARME, CARPIMKO) pour le calcul de l'ensemble de vos cotisations et contributions sociales de l'année.

BON À SAVOIR

La déclaration est à réaliser même si votre revenu est à zéro.

En l'absence de déclaration, l'Urssaf et votre organisme de retraite effectueront le calcul de vos cotisations sur une base fixée forfaitairement.

Dans ce cas, vous ne bénéficierez d'aucune prise en charge de vos cotisations ni d'exonération.

PAIEMENT DE VOS COTISATIONS

En début d'activité, les premiers paiements à l'Urssaf interviennent après un délai minimum de 90 jours.

À titre dérogatoire, il est possible de payer vos cotisations trimestriellement.

La contribution à la formation professionnelle (CFP) 2021 est réglée lors de l'échéance de novembre 2020.

La contribution aux unions régionales des professionnels de santé (Curps) est à régler sur l'échéance de mai de chaque année.

L'échéance de vos cotisations retraite dépend de la section professionnelle dont vous relevez.

LES MOYENS DE PAIEMENT

À compter de la date de votre début d'activité, vous êtes redevable de cotisations à payer **obligatoirement** par voie dématérialisée (pas de chèque).

Le paiement mensuel s'effectue le 5 de chaque mois (ou le 20 sur option) uniquement par prélèvement automatique.

Le paiement trimestriel s'effectue par prélèvement automatique, par télépaiement ou par carte bancaire. Les cotisations sont à payer pour les 5 février, 5 mai, 5 août et 5 novembre.

Adhérez aux services en ligne sur urssaf.fr

En vous connectant à votre espace, vous pouvez tout faire en ligne : payer vos cotisations, consulter votre compte, saisir une estimation de revenu, demander une remise de majorations de retard, solliciter un délai, obtenir une attestation...

COTISATIONS MINIMALES

Si vos revenus sont inférieurs à certains seuils, vous pouvez être amené à cotiser sur une base annuelle minimale.

Pour les cotisations retraite complémentaire et invalidité-décès, consultez le site de votre section professionnelle de la CNAVPL. Sur demande, vous pouvez bénéficier de dispense ou de réductions de cotisations pour insuffisance de revenus ou pour raison de santé.

Cotisations	Base de calcul	Montant minimal annuel des cotisations
Retraite de base CNAVPL	4 731 €	477 € ⁽¹⁾
Formation professionnelle	41 136 €	103 €

[1] Ce montant permet de valider trois trimestres de retraite de base.

Vous bénéficiez du RSA ou de la prime d'activité

Vos cotisations Urssaf et CNAVPL sont calculées sur la base de votre revenu réel.

DISPENSE DE COTISATIONS

- **Vous êtes bénéficiaire d'une pension d'invalidité**, vous êtes dispensé du paiement de la cotisation d'assurance maladie-maternité. Transmettez vos pièces justificatives à l'Urssaf et veillez en informer la CPAM ainsi que votre caisse retraite.
- **Vous avez une incapacité d'exercice de plus de 6 mois**. Vous pouvez être exonéré de la cotisation retraite - invalidité – décès. Contactez votre caisse retraite.

LA GESTION DE VOTRE COMPTE

Depuis le 2 janvier 2020, un numéro de téléphone dédié aux praticiens et auxiliaires médicaux est mis en place.

Il vous permet de contacter un conseiller spécialisé pour toute question relative à votre activité professionnelle, de 9h à 17h : 0806 804 209 (coût d'un appel local).

Depuis le 1^{er} janvier 2020, un centre dédié aux praticiens et auxiliaires médicaux assure la gestion de votre compte Urssaf pour votre activité de praticien ou auxiliaire médical si vous dépendez des régions ou départements suivants : Champagne-Ardenne, Centre, Lorraine, Pays-de-la-Loire, Picardie, Provence-Alpes-Côte-d'Azur (Paca), Nord-Pas-de-Calais, Seine-et-Marne, Essonne et Val-d'Oise en Ile-de-France.

Cette gestion sera étendue à l'ensemble du territoire au cours des années 2021 et 2022. Dans cette attente les comptes restent gérés par les Urssaf de votre lieu d'exercice. Les praticiens et auxiliaires médicaux des DOM seront concernés à partir de 2023.

Vous exercez votre activité dans ces régions et/ou départements

- Vous n'avez aucune démarche à effectuer : les informations liées à votre compte sont automatiquement prises en compte par le centre dédié, y compris pour les années antérieures à 2020.
- Le montant et votre échéancier de cotisations ne sont pas modifiés.
- Si vous payez vos cotisations par prélèvement automatique, votre mandat reste valable. Vos prélèvements seront effectués par le centre avec le libellé suivant : Urssaf centre de gestion Pam.
- Votre compte en ligne urssaf.fr reste accessible avec vos identifiants actuels.

BON À SAVOIR

Le centre dédié aux praticiens et auxiliaires médicaux ne gère pas vos éventuels autres comptes Urssaf.

- Si vous êtes employeur pour votre activité professionnelle (secrétaire médicale, assistante...) : vous continuez à déclarer les salaires versés à votre Urssaf habituelle ou au centre Tese dont vous relevez (si vous avez opté pour cette offre de simplification),
- Si vous êtes employeur à titre personnel (salarié à domicile, garde d'enfant...) relevant du Cesu ou de Pajemploi, les centres Cesu et Pajemploi restent vos interlocuteurs.
- Si vous cotisez auprès de l'Urssaf au titre de l'assurance volontaire accidents du travail, votre Urssaf actuelle reste votre interlocuteur.

**CONTACTER
VOTRE
CENTRE**

Votre compte en ligne urssaf.fr

Par téléphone : **0806 804 209** (service gratuit + prix d'appel)



ASSURANCE VOLONTAIRE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MALADIES PROFESSIONNELLES

Pour obtenir des prestations complémentaires, vous avez la possibilité de souscrire une assurance volontaire et individuelle moyennant le paiement d'une cotisation.

Cette assurance volontaire est également ouverte aux conjoints collaborateurs qui exercent une activité régulière dans l'entreprise du conjoint sans percevoir de rémunération.

Les risques couverts

→ L'accident du travail et de trajet, la maladie professionnelle.

Les prestations

- Le remboursement des frais de santé en lien avec l'accident ou la maladie professionnelle à 100%, voir 150% pour les prothèses dentaires et certains produits d'appareillage.
- Le versement d'une indemnité en capital ou d'une rente en cas d'incapacité permanente.
- Les frais funéraires. Des rentes peuvent être versées aux ayants droit.

Pour adhérer

- L'adhésion se fait auprès de la CPAM. Il suffit de remplir le [formulaire](#) disponible en ligne sur le site ameli.fr.
- Les cotisations sont à régler chaque trimestre à l'Urssaf. Elles sont déductibles des revenus professionnels.

BARÈME 2020

Vous choisissez le montant qui servira de base d'une part, au calcul de vos cotisations d'assurance volontaire et d'autre part, au calcul des prestations en espèces (rente ou capital) qui seront dues en cas d'accident du travail ou maladie professionnelle.

Pendant, la base de calcul est subordonnée à la catégorie de ressources retenue :

1 ^{re} catégorie	2 ^e catégorie	3 ^e catégorie	4 ^e catégorie
41 136 €	30 852 €	18 576 €	18 576 €

Exemples : au 1^{er} janvier 2020

→ **Pour un médecin généraliste de secteur 1**

- Cotisation minimale annuelle : 178 €
- Cotisation maximale annuelle : 395 €

→ **Pour un infirmier, un masseur-kinésithérapeute, un orthophoniste, un orthoptiste, un pédicure-podologue**

- Cotisation minimale annuelle : 342 €
 - Cotisation maximale annuelle : 757 €
-

L'ASSURANCE RETRAITE ET PRÉVOYANCE

Vous pouvez adhérer à des contrats d'assurance complémentaire volontaire pour la retraite et la prévoyance (maladie-maternité, invalidité-décès). Certains de ces contrats* vous permettent de déduire, dans certaines limites, le montant des cotisations de vos revenus imposables.

* Plan d'épargne retraite (PER) suite à la Loi Pacte, Madelin...



PRESTATIONS ET ACTIONS SOCIALES

MALADIE ET MATERNITÉ

Vous êtes affilié à la CPAM dont dépend votre lieu d'exercice. Vous bénéficiez :

- du remboursement de vos frais de santé en cas de maladie ou de maternité, selon les mêmes conditions et taux de remboursement que n'importe quel autre assuré ;
- du versement d'indemnités ou d'allocations spécifiques en cas de congé maternité, de congé paternité/accueil de l'enfant, de congé d'adoption ou d'arrêt du travail en raison de difficultés médicales liées à la grossesse ;
- du capital décès.

Maternité

Les femmes exerçant une activité libérale perçoivent à l'occasion d'une maternité ou d'une adoption :

- une allocation forfaitaire de repos maternel destinée à compenser partiellement la diminution de leur activité,
- des indemnités journalières forfaitaires d'interruption d'activité pour celles qui suspendent leur activité,
- des indemnités journalières en cas de difficultés médicales liées à une grossesse.

Si vous êtes médecin (secteur I et secteur II avec adhésion aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée) : une aide financière complémentaire est versée en cas d'interruption de l'activité médicale libérale pour cause de maternité, paternité ou adoption.

Arrêt de travail pour maladie

Le régime d'assurance maladie n'ouvre pas droit à des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour maladie, ni aux prestations d'assurance invalidité.

Cependant, en cas de maladie, des indemnités journalières peuvent - sous certaines conditions - vous être versées (à partir du 91^e jour d'arrêt de travail, soit après un délai de carence de 3 mois) par votre caisse de retraite.

Vos revenus ne vous permettent pas de souscrire à une complémentaire santé :

- Si vous avez des ressources inférieures à 9 032 € ⁽¹⁾ par an (pour une personne seule), vous pouvez bénéficier de la Complémentaire santé solidaire qui offre une protection maladie complémentaire gratuite.
- Si vos revenus dépassent au maximum de 35 % ce plafond de ressources, vous pouvez bénéficier de la Complémentaire santé solidaire avec une participation mensuelle de 8 € à 30 €, en fonction de l'âge du bénéficiaire.
Le contrat sera assuré par votre CPAM ou un organisme à choisir dans une liste.

(1) à compter du 1^{er} avril 2020.

RETRAITE - INVALIDITÉ/DÉCÈS

Pour la retraite, l'invalidité ou le décès, vous relevez d'une section professionnelle de la CNAVPL.

En plus de votre retraite de base, la plupart des sections professionnelles versent une retraite complémentaire obligatoire.

Pour couvrir les aléas de santé, l'assurance invalidité vous garantit, en cas d'incapacité temporaire ou définitive, le versement d'indemnités journalières ou d'une pension d'invalidité.

En cas de décès, le versement d'un capital est prévu.

Pour certaines professions, peuvent également être attribuées une rente au conjoint survivant et des rentes à chacun de vos enfants à charge sous condition d'âge.

Pour plus d'information, renseignez-vous auprès de votre caisse de retraite.

ACTION SOCIALE, MÉDECINE PRÉVENTIVE

Des actions sociales sont développées au profit des professionnels de santé par les caisses maladie, d'allocations familiales et retraite.

Par ailleurs, des actions de médecine préventive sont organisées par la CPAM.

LES FORMALITÉS EN CAS DE CESSATION D'ACTIVITÉ

La cessation de votre activité libérale - qu'il s'agisse d'une activité principale ou secondaire, qu'elle soit temporaire ou définitive - doit être déclarée auprès de votre ordre professionnel et de votre CPAM afin d'effectuer les formalités administratives.

Si toutefois votre CPAM ne remplit pas le rôle de guichet unique, pour radier votre compte, vous devez également effectuer les formalités de cessation d'activité sur www.cfe.urssaf.fr ou auprès du [greffe du tribunal de commerce](#) si vous êtes en société.

En cas de cessation d'activité professionnelle, les cotisations sont exigibles dans les 60 jours qui suivent la cessation d'activité.

En cas de reprise d'activité, vous devez contacter votre CPAM et votre caisse retraite.



LES AIDES À LA CRÉATION

ACCOMPAGNEMENT À LA CRÉATION

Vous êtes inscrit à Pôle Emploi : L'accompagnement personnalisé

Vous créez une entreprise tout en ayant des droits aux allocations chômage.

Deux aides sont proposées (au choix).

→ L'aide au retour à l'emploi (Are)

Vous pouvez continuer à percevoir partiellement vos allocations d'assurance chômage sous certaines conditions.

→ L'aide à la reprise ou à la création d'entreprise (Arce)

L'Arce constitue une aide financière sous la forme d'un versement d'un capital versé en 2 fois, correspondant à 45 % de vos droits d'assurance chômage.

Pour connaître toutes les modalités d'accompagnement, rapprochez-vous de votre agence Pôle Emploi.

Pour en savoir plus ▶ pole-emploi.fr

AIDES DE LA CPAM

Les rémunérations forfaitaires versées par l'assurance maladie (aide à la télétransmission, indemnisation de la formation continue, prime à l'installation...) sont à déclarer. Ces revenus exonérés seront réintégrés dans la base de calcul des cotisations sociales obligatoires.

Médecins

Les contrats favorisant l'installation et le maintien des médecins dans les zones sous-dotées

→ Nouveau contrat incitatif : Installation en zone sous-dense

Les médecins libéraux conventionnés bénéficient d'une prise en charge de la totalité des cotisations sociales* (famille, maladie, vieillesse, invalidé-décès) pendant une durée de deux ans à compter de la date de création de l'activité. Cette aide est applicable à compter du 1^{er} janvier 2020.

Trois conditions cumulatives pour en bénéficier :

- installation dans les trois années suivant l'obtention du diplôme ;
- implantation dans une zone d'intervention prioritaire (ZIP) ;
- exercice de l'activité en secteur 1 ou secteur 2.

L'aide s'applique sur l'ensemble des revenus conventionnés dans la limite de 80 000 € pour 2020.

Elle s'adresse aux médecins en secteur 1 ayant opté pour l'OPTAM-OPTAM/Co ou en secteur 2. Ce contrat est ouvert à tout médecin quelles que soient la spécialité médicale (y compris les praticiens hospitaliers temps plein conventionnés) et ses modalités d'exercice (exercice en cabinet seul, en cabinet de groupe, MSP...), au titre du cabinet principal et/ou secondaire.

Exemple :

Création le 1^{er} janvier 2020 : l'aide sera applicable du 1^{er} janvier 2020 aide au 30 avril 2022.

Exemple de calcul pour un médecin secteur 1 affilié au 1^{er} janvier 2020

- Montant total des honoraires tirés de l'activité conventionnée : 150 000 €
- Montant des dépassements d'honoraires : 25 000 €
- Cotisations famille et maladie restant dues : 0 €

Cette aide est cumulable avec le contrat CAIM.

*Seules les contributions AMA, CFP, CURPS, CSG et CRDS restent dues.

→ Le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM)

Ce contrat comporte une aide financière dès l'installation en zone « sous-dense » qu'il s'agisse d'une première ou d'une nouvelle installation en libéral :

- 50 000 € pour une activité de 4 jours par semaine. Cette somme est versée par moitié. Le premier versement à la signature du contrat, le second au bout d'une année d'activité.

Si la durée de l'activité est réduite :

- pour une activité de 3 jours et demi : 43 750 € ;
- pour une activité de 3 jours : 37 500 € ;
- pour une activité de 2 jours : 31 250 €.

→ Le contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM)

Ce contrat comporte une aide forfaitaire annuelle de 5 000 € pendant trois ans. Elle est versée au médecin installé dans une zone identifiée comme sous-dense.

Une aide forfaitaire annuelle de 5 000 € est accordée, à laquelle peuvent s'ajouter :

- une majoration de 1 250 € par an si une partie de l'activité est effectuée au sein d'un hôpital de proximité ;
- une rémunération de 300 € par mois pour l'accueil d'un stagiaire à temps plein (stagiaires internes de niveau 1 et externes).

→ Le contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM)

Ce contrat favorise l'exercice de médecins dans une Zone d'intervention prioritaire (ZIP) pour apporter leur aide à leurs confrères exerçant en ZIP.

Vous bénéficiez de la part de la CPAM :

- d'une aide correspondant à 25 % des honoraires tirés de l'activité conventionnée réalisée en zones sous-denses dans la limite d'un plafond de 50 000 € par an.
- d'une prise en charge des frais de déplacement engagés pour se rendre dans les zones fragiles.

→ Le contrat de Transition pour les Médecins (COTRAM)

Ce contrat s'adresse aux médecins âgés de 60 ans ou plus exerçant en zone fragile, préparant leur cessation d'activité et prêt à accompagner pendant cette période un médecin nouvellement installé dans leur cabinet.

→ Praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG)

Ce dispositif s'adresse aux médecins qui souhaitent s'installer ou qui sont déjà installés (depuis moins d'un an) dans un territoire fragile, caractérisé par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.

Le praticien bénéficie :

- d'une rémunération de 6 900 € brut/mois pendant 2 ans,
- d'un complément de rémunération, sous conditions, si l'activité ne permet pas d'atteindre le plafond de 6 900 €,

- d'une protection sociale spécifique :
 - pour tout arrêt de travail supérieur à 7 jours : versement d'un complément de rémunération ;
 - en cas de congé maternité : versement d'un complément de rémunération de 3 105 € brut/ mois.
- Ce dispositif se cumule avec les allocations forfaitaires conventionnelles des femmes médecins.

Contactez votre [ARS](#) pour plus d'informations

BON À SAVOIR

Rezone, une nouvelle offre de service de la CPAM vous accompagne et vous permet :

- d'accéder à la cartographie des différents Territoires de Vie Santé ;
- de trouver les informations d'aides à l'installation et au maintien à l'activité ;
- de simuler un niveau financier d'aide et de connaître l'éligibilité potentielle à un contrat proposé par :
 - l'Assurance Maladie ;
 - les ARS ;
- de géolocaliser l'environnement hospitalier, sanitaire et médico-social :
 - les structures et établissements de santé d'un territoire : hôpitaux, cliniques, EHPAD ... ;
 - les structures d'exercice coordonné ;
 - de préparer votre dossier d'installation avec le service installation en ligne de la CPAM.

Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM)

Ce dispositif s'applique, sous certaines conditions, à l'ensemble des médecins.

Les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou une spécialité de gynécologie-obstétrique peuvent adhérer sous certaines conditions au dispositif OPTAM-CO.

L'option est à communiquer à la CPAM.

Une prime est versée selon l'activité réalisée aux tarifs conventionnés.

Cette prime est soumise aux cotisations sociales.

Médecin secteur 2 : Cette prime est considérée comme un revenu conventionné ; elle est donc à déclarer.

Le forfait Structure

Ce dispositif prévoit une aide financière pouvant aller jusqu'à 5 145 € par an pour les médecins qui souhaitent notamment investir dans la mise en place d'outils et d'organisations nouvelles pour la gestion du cabinet.

Contactez votre **CPAM** pour plus d'informations

Aides à la création de postes de médecins généralistes salariés en zones sous-denses

Le dispositif est réservé aux territoires suivants :

- Les Zones d'intervention prioritaire (ZIP) ;
- Les Zones d'action complémentaire (ZAC) ;
- Les Quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV).

Trois types d'employeurs sont éligibles à ce dispositif :

- toute personne morale autorisée à gérer un centre de santé : organismes à but non lucratif, collectivités territoriales ou EPCI, établissements publics ou privés de santé ou encore sociétés coopératives d'intérêt collectif ;
- des établissements de santé qui s'engagent à recruter un médecin généraliste affecté à un exercice strictement ambulatoire ;
- tout médecin libéral s'engageant à salarier directement un médecin généraliste dans le cadre d'un contrat de collaboration salariée.

BON À SAVOIR

Un cabinet libéral constitué sous forme de SCM ou de SEL ne pourra pas en bénéficier. Les médecins salariés d'une société d'exercice (SEL, SCM) étant considérés comme des libéraux au regard de la convention médicale à laquelle ils adhèrent en leur nom propre.

Le dispositif est destiné principalement aux :

- jeunes médecins « thésés » ;
- médecins effectuant des remplacements ;
- médecins en exercice libéral isolé ou en difficulté dans leur exercice actuel (surcharge de travail, contraintes familiales...).

Le médecin recruté devra exercer à temps complet ou à temps partiel pour une quotité de temps de travail supérieure à 50%.

Aides financières

Une garantie financière est versée par la CPAM pendant deux ans et pour un montant maximum de 9 070 € mensuel pour un médecin à temps plein.

La garantie ne peut se déclencher qu'au-delà d'un nombre minimal d'actes réalisé par le médecin.

En complément, l'ARS peut apporter une aide forfaitaire afin de prendre en compte les dépenses d'équipement (matériel informatique, système d'information...) ou les aménagements immobiliers occasionnés par ce nouveau recrutement.

Soutien aux permanences des soins en ambulatoire (PDSA) réalisées par des médecins salariés des centres de santé.

Un accord écrit et préalable entre le centre de santé, le médecin et l'ARS est nécessaire pour mettre en place ce soutien.

L'aide est apportée par la CPAM sous la forme :

- d'un paiement de l'ensemble des actes et majorations d'actes spécifiques de la PDSA ainsi que des éventuelles indemnités kilométriques associées ;
- d'un versement de forfaits de régulation et d'astreinte au centre de santé en fonction des tableaux de garde validés par l'Agence régionale de santé.

Cotisations sociales

Lorsque la participation à la mission de service public constitue pour le médecin le prolongement de son activité salariée, l'employeur habituel pour le compte duquel est exercée cette activité salariée peut verser à la demande du médecin les cotisations sociales auprès de l'Urssaf et de l'Ircantec.

Seules les cotisations chômage et formation professionnelle ne sont pas dues.

BON À SAVOIR

La rémunération perçue au titre de la permanence des soins (PDSA) exercée par les médecins ou leurs remplaçants installés dans une zone destinée à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé est exonérée de l'impôt sur le revenu à hauteur de soixante jours de permanence par an. Pour en savoir plus : impots.gouv.fr

Aide à l'embauche d'un assistant médical

L'assistant médical peut appuyer les médecins dans certaines tâches ou dans l'organisation des soins.

Vous exercez :

- 1 → en secteur 1 ou en secteur 2 et êtes adhérent à l'Optam ou à l'Optam-CO ;
- 2 → en mode regroupé (au moins 2 médecins dans un même cabinet), avec une dérogation pour les médecins en zone sous-dense.

Vous êtes également dans une démarche d'exercice coordonné quelle que soit sa forme (maison de santé pluriprofessionnelle, équipe de soins primaire ou spécialisée, communauté professionnelle territoriale de santé...).

Spécialités éligibles : médecins généralistes et spécialistes en médecine générale, pédiatres, gériatres, rhumatologues, dermatologues, endocrinologues, neurologues, ORL médicaux, gynécologues médicaux, internistes et médecins physiques et de réanimation, gastroentérologues, pneumologues, cardiologues, psychiatres, ophtalmologistes, médecine vasculaire, allergologie, médecine à expertise particulière.

Spécialités éligibles dans des départements les plus en tension démographique : chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens, radiologues, stomatologues...

Contactez votre CPAM.

Participation de la CPAM

Participation de la CPAM	Option 1 : 1/3 d'assistant médical	Option 2 : 1/2 assistant médical	Option 3 (en zone sous-dense uniquement) : 1 assistant médical
Année 1	12 000 €	18 000 €	36 000 €
Année 2	9 000 €	13 500 €	27 000 €
Année 3	7 000 €	10 500 €	21 000 €

BON À SAVOIR

L'appli ameli Mémo vous accompagne

Vous pouvez vérifier votre éligibilité au dispositif d'aide de la CPAM avec le simulateur intitulé « Assistants médicaux », disponible sur cette application gratuite, téléchargeable sur App store ou Google Play Store;

→ Démarches à effectuer auprès de la CPAM

- 1 - Contacter la CPAM afin de connaître les conditions, définir le besoin et les options de financement.
- 2 - Etablir le contrat d'aide conventionnelle à l'embauche d'un assistant médical.
- 3 - Transmettre le contrat de travail dans un délai d'un mois après l'embauche.

→ Démarches à effectuer auprès de l'Urssaf

- 1 - [Etablir la Déclaration préalable à l'embauche](#) (DPAE),
Un compte employeur sera ainsi ouvert à l'Urssaf.
- 2 - Réaliser chaque mois la Déclaration sociale nominative (DSN) sur www.dsn-info.fr.

Pour gérer autrement vos salariés : [adoptez le tese](#)

Masseurs-kinésithérapeutes

Ces contrats favorisent l'installation et le maintien dans les zones « très sous-dotées » et « sous-dotées ».

→ Le contrat d'aide à la création d'un cabinet de masseurs-kinésithérapeutes (CACMK)

Ce contrat s'adresse aux professionnels conventionnés, exerçant seuls ou à plusieurs dans le cadre d'une création d'un cabinet principal ou de reprise d'un cabinet.

Cette aide individuelle de la CPAM, d'un montant total de 49 000 €, est versée de la façon suivante :

- 20 000 € par an les 2 premières années,
- 3 000 € par an pendant les 3 années suivantes.

→ Le contrat d'aide à l'installation des masseurs-kinésithérapeutes (CAIMK)

Ce dispositif s'adresse aux professionnels conventionnés exerçant en groupe ou sous une forme pluriprofessionnelle et s'installant dans un cabinet déjà existant.

Cette aide individuelle de la CPAM, d'un montant total de 34 000 €, est versée de la façon suivante :

- 12 500 € par an les 2 premières années ;
- 3 000 € par an pendant les 3 années suivantes.

→ Le contrat d'aide au maintien d'activité des masseurs-kinésithérapeutes (CAMMK)

Ce contrat s'adresse aux professionnels conventionnés déjà installés.

Cette aide individuelle de la CPAM est de 3 000 € par an pendant 3 ans.

Plus d'informations : www.ars.sante.fr/

Orthophonistes

→ Contrat d'aide à l'installation dans les « zones très sous-dotées »

Vous bénéficiez d'une participation forfaitaire de 19 500 €, versée par la CPAM, au titre de l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels (véhicule...) et au titre de la prise en charge de la cotisation allocations familiales

Cette aide est versée de la manière suivante :

- 1^{ère} année : 7 500 €.
- 2^e année : 7 500 €.
- Les trois années suivantes : 1 500 €/an.

→ Contrat d'aide à la première installation dans les « zones très sous-dotées »

Vous bénéficiez d'une participation forfaitaire de 30 000 €, versée par la CPAM, au titre de l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels (véhicule...) et au titre de la prise en charge de la cotisation allocations familiales.

Cette aide est versée de la manière suivante :

- 12 750 € versés à la date de signature du contrat.
- 12 750 € versés l'année civile suivante.
- les trois années suivantes : 1 500 €/an.

→ **Contrat d'aide au maintien des orthophonistes dans les « zones très sous-dotées »**
Aide forfaitaire de 1500 € par an pendant trois ans. Une rémunération complémentaire est versée pour l'accueil d'un étudiant stagiaire à temps plein pendant la durée de son stage de fin d'études.

→ **Contrat de transition pour les orthophonistes dans les « zones très sous-dotées »**
Ce contrat permet de soutenir l'orthophoniste préparant sa cessation d'exercice et s'engageant à accompagner un orthophoniste nouvellement installé dans son cabinet.

La CPAM verse une aide correspondant à 10 % des honoraires tirés de son activité conventionnée dans la limite de 10 000 € pour l'année.

BON À SAVOIR

Masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes : Forfait d'aide à la modernisation et informatisation du cabinet

Cette mesure remplace les anciennes aides à la télétransmission, à la maintenance et l'aide SCOR.

D'un montant de 490 €/an, l'aide est majorée de 100 € si le professionnel participe à une équipe de soins primaires (ESP), à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou à une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP).

Ophtalmologistes

→ Contrat de coopération « embauche d'un orthoptiste »

Ce contrat a pour objectif d'inciter les ophtalmologistes conventionnés à recruter un orthoptiste salarié pour développer le travail en coopération.

La CPAM verse à l'ophtalmologiste une aide forfaitaire d'un montant de 30 000 € sur 3 ans : 15 000 € la 1^{ère} année, 10 000 € la 2^e année, 5 000 € la 3^e année.

→ Contrat de coopération « formation d'un orthoptiste au travail en coopération »

Ce contrat a pour objet d'inciter les ophtalmologistes libéraux à accueillir en stage un étudiant en 3^e année de préparation au certificat de capacité d'orthoptiste afin de le former au travail en coopération.

Le montant total est de 1 800 € par formation, dans la limite de 3 formations successives.

→ Le forfait Structure

Ce dispositif prévoit une aide financière pouvant aller jusqu'à 5 145 € par an pour les ophtalmologistes qui souhaitent notamment investir dans la mise en place d'outils et d'organisations nouvelles pour la gestion du cabinet.

Le contrat incitatif

Ce dispositif permet de favoriser l'installation et le maintien dans les zones « très sous-dotées » et « sous-dotées » notamment pour les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les infirmiers.

Chirurgiens-dentistes

→ Le contrat d'aide à l'installation (CAICD)

En cas d'installation dans un territoire « très sous-doté », vous bénéficiez, de la part de la CPAM, d'une aide forfaitaire de 15 000 € (25 000 € prévus après publication des nouveaux zonages par l'ARS), versée la première année, au titre de l'équipement du cabinet ou d'autres investissements professionnels.

Est concerné par ce contrat, le chirurgien-dentiste qui exerce :

- soit à titre individuel ;
- soit en groupe.

L'exercice en groupe s'entend comme le regroupement d'au moins deux chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés dans les mêmes locaux et liés entre eux par :

- un contrat de société civile professionnelle (SCP) ou de société d'exercice libéral (SEL) ou de société civile de moyens (SCM);
- ou par tout autre contrat de société dès lors que ce contrat a été validé par l'Ordre.

→ Le contrat d'aide au maintien d'activité (CAMCD)

Ce contrat s'adresse aux professionnels conventionnés déjà installés dans une zone « très sous-dotée ».

Une aide forfaitaire annuelle de 3 000 €/an pendant 3 ans.

Est concerné par ce contrat, le chirurgien-dentiste qui exerce :

- soit à titre individuel ;
- soit en groupe.

L'exercice en groupe s'entend comme le regroupement d'au moins deux chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés dans les mêmes locaux et liés entre eux par :

- un contrat de société civile professionnelle (SCP) ou de société d'exercice libéral (SEL) ou de société civile de moyens (SCM);
- ou par tout autre contrat de société dès lors que ce contrat a été validé par l'Ordre.

BON À SAVOIR

Chirurgiens-dentistes :

Forfait d'aide à la modernisation et informatisation du cabinet dentaire

Aide forfaitaire de 490 € versée annuellement suivant les critères de la CPAM (logiciel compatible dossier médical partagé - DMP, taux de télétransmission, ...).

Aide complémentaire de 100 € notamment pour l'aide à l'équipement informatique, lorsque le chirurgien-dentiste participe à une équipe de soins primaires ou maison de santé pluriprofessionnelle partageant un projet de santé commun ou à une communauté professionnelle territoriale de santé.

BON À SAVOIR

Sage-femme :

Aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel

- Aide forfaitaire de 490 € versée annuellement suivant les critères de la CPAM (logiciel compatible dossier médical partagé - DMP, taux de télétransmission, ...).
- Aide complémentaire de 100 € notamment pour l'aide à l'équipement informatique, lorsque la sage femme participe à une équipe de soins primaires ou maison de santé pluriprofessionnelle partageant un projet de santé commun ou à une communauté professionnelle territoriale de santé.

Sages-femmes

→ Contrat incitatif d'aide à l'installation

Ce contrat s'adresse aux sages-femmes s'installant dans une zone "**très sous-dotée**" ou "**sous-dotée**". Elles bénéficient d'une aide forfaitaire à l'installation pendant 5 ans.

La sage-femme bénéficie d'une aide forfaitaire d'un montant de 28 000 € au maximum.

Cette aide est versée de la manière suivante :

- 1^{ère} année : 9 500 € pour une activité d'au moins deux jours par semaine ; 4 750 € pour un jour par semaine.
- 2^e année : 9 500 € pour une activité d'au moins trois jours par semaine ; 4 750 € pour un jour et demi par semaine ; 6 333 € pour 2 jours par semaine.
- Les trois années suivantes : 3 000 € /an.

→ Contrat incitatif d'aide à la première installation

Ce contrat s'adresse aux sages-femmes se conventionnant pour la première fois avec l'assurance maladie et s'installant dans une zone "**très sous-dotée**" ou "**sous-dotée**".

Elles bénéficient d'une aide forfaitaire d'un montant maximum de 38 000 €.

Cette aide est versée de la manière suivante :

- 1^{ère} année : 14 500 € pour au moins deux jours par semaine d'activité ; 7 250 € pour un jour par semaine.
- 2^e année : 14 500 € pour une activité d'au moins trois jours par semaine ; 9 666 € pour une activité de 2 jours par semaine ; 7 250 € pour 1,5 jour d'activité par semaine.
- Les trois années suivantes : 3 000 € / an.

→ Contrat incitatif d'aide au maintien

Ce contrat s'adresse aux professionnels conventionnés déjà installés dans une zone **"très sous-dotée"** ou **"sous-dotée"**.

La sage-femme bénéficie d'une aide forfaitaire annuelle de 3 000 € pendant 3 ans.

Infirmiers

En cas d'installation en exercice libéral dans une zone **« très sous-dotée »**, vous bénéficiez de la part de la CPAM d'une aide forfaitaire annuelle de 5 500 € pendant trois ans.

→ Exercer en pratique avancée

Une aide financière a été mise en place pour soutenir le démarrage de l'activité en pratique avancée (IPA). Elle est réservée aux infirmiers qui disposent des compétences nécessaires et qui exercent cette activité en pratique avancée de façon exclusive. Cependant, elle ne peut pas être versée si l'infirmier a perçu dans les cinq années précédentes une aide conventionnelle à l'installation en zone sous-dense.

Pour en bénéficier, vous devez communiquer à l'Ordre les informations concernant la modification de vos conditions d'exercice et prendre contact avec la CPAM.

Si vous êtes éligible, cette aide correspond à un montant total de 27 000 € sur deux ans. Elle peut être proratisée pour les infirmiers exerçant moins de trois jours par semaine à titre libéral en pratique avancée et qui sont par ailleurs salariés d'une structure de soins comme un centre de santé par exemple.

Internes et étudiants

→ Le Contrat d'Engagement au Service Public (CESP)

Le CESP s'adresse aux étudiants en médecine à partir de la 2^e année d'internat en médecine, d'odontologie (dès la 1^{ère} année). Il donne droit à une allocation mensuelle de 1 200 €. Il engage son signataire à s'installer en contrepartie dans une zone sous-dotée pour au moins deux ans.

Pour en savoir plus : contactez votre faculté pour connaître les modalités.

→ Stages en ambulatoire : indemnités d'hébergement de transport

Deux types d'indemnités, cumulables entre elles, sont proposées pendant les stages réalisés en ambulatoire :

- une indemnité de transport de 130 € bruts mensuels est proposée aux étudiants en pharmacie et en odontologie et aux internes, dès lors qu'ils réalisent un stage ambulatoire dont le lieu est situé à une distance de plus de 15 km, tant du CHU de rattachement que de leur domicile – que ce lieu soit situé ou non en zone sous-dotée ;
- une indemnité d'hébergement de 200 € bruts mensuels est proposée aux internes effectuant leur stage dans une zone sous-dotée, à plus de 30 km de leur CHU de rattachement et de leur domicile, excepté lorsqu'ils sont logés à titre gracieux sur place, notamment par une collectivité locale. Les étudiants (premier et second cycle) n'y sont pas éligibles.

Pour en savoir plus : contactez votre faculté pour connaître les modalités.

EN PRATIQUE :

Pour adhérer à un de ces dispositifs contactez directement votre CPAM.

**POUR EN
SAVOIR
PLUS**

La CPAM ► ameli.fr

L'ARS ► ars.sante.fr

Le Portail d'accompagnement des professionnels de santé ► paps.sante.fr



LES AIDES COMPLÉMENTAIRES

COTISATION FONCIÈRE DES ENTREPRISES

L'installation en zone sous dotée, dans une commune de moins de 2 000 habitants, en zone de revitalisation rurale (ZRR) ou en zone franche urbaine (ZFU) ou la création d'un cabinet secondaire dans une petite commune, en ZRR ou dans d'une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante peuvent bénéficier de l'exonération de la CFE si une délibération est adoptée en ce sens par une collectivité territoriale.

Les sages-femmes bénéficient d'une exonération de plein droit.

Pour en savoir plus, rapprochez-vous du Service des impôts des entreprises ou consultez impots.gouv.fr

AIDES DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

En fonction de votre lieu d'installation, vous pouvez également bénéficier d'aides des collectivités territoriales (aide à l'installation, indemnités d'études et de projet professionnel, Cotisation foncière des entreprises, ...).

Pour plus d'information, n'hésitez pas à contacter **votre référent installation** de l'Agence régionale de santé (ARS) qui vous renseignera ou vous orientera.

SISA

Afin de faciliter le fonctionnement des maisons de santé pluriprofessionnelles et des centres de santé, des modalités de rémunération de la CPAM sont mises en œuvre.

Pour en bénéficier, les structures doivent être constituées en **société inter-professionnelle de soins ambulatoires (SISA)**.

Pour constituer une SISA, il est nécessaire d'avoir au minimum deux médecins et un auxiliaire médical.

La SISA s'adresse exclusivement aux professionnels suivants : chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien, infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, manipulateur d'électroradiologie médicale, technicien de laboratoire médical, audioprothésiste, opticien-lunetier, prothésiste et orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées, diététicien.

Statut fiscal

Les SISA sont soumises au régime des sociétés de personnes, sans possibilité d'opter pour leur assujettissement à l'impôt sur les sociétés.

Les rémunérations de la CPAM versées à la SISA

Après vérification du respect des engagements du contrat, la CPAM verse des rémunérations conventionnelles, assimilées à des honoraires.

Elles sont versées à la SISA et non aux professionnels individuellement.

La SISA, qui réalise un bénéfice, le répartit entre les associés. Ce bénéfice est une rémunération imposable au même titre que toutes les autres rémunérations des professionnels libéraux concernés.

Les associés de la SISA peuvent déterminer les règles qu'ils souhaitent appliquer pour la répartition d'un éventuel bénéfice.

Le centre de formalités des entreprises (CFE) est le greffe du tribunal de commerce

▶ www.infogreffe.fr

CENTRE DE SANTÉ MÉDICAL OU POLYVALENT

Contrat d'aide à l'installation de centres de santé médicaux ou polyvalents en zone sous-dotée

Ce contrat permet d'obtenir une aide forfaitaire versée au titre d'investissements professionnels (locaux, équipements, charges diverses, ...).

Ce contrat peut être également proposé à un **centre de santé infirmier ou dentaire** installé dans une zone sous-dotée.

BON À SAVOIR

Aide complémentaire de la CPAM aux centres de santé

Le financement d'une carte annuelle de directeur d'établissement, des cartes de personnel d'établissement, des cartes de professionnel de santé (CPS) des praticiens réalisant des feuilles de soins électroniques (FSE) est pris en charge.

Contrat de stabilisation et de coordination pour les centres de santé médicaux ou polyvalents

Ce contrat concerne les structures exerçant dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins et qui s'inscrivent dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire.

Contrat de solidarité territoriale pour les centres de santé médicaux ou polyvalents

Le contrat a pour objet d'inciter les centres de santé n'exerçant pas dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins à consacrer une partie de leur activité médicale à apporter leur aide à d'autres centres de santé exerçant dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins.

L'aide correspond à 25 % des honoraires tirés de l'activité conventionnée clinique et technique (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires) du ou des médecins salariés mis à disposition (au minimum 10 jours par an).

Plafond : 50 000 € par an et par ETP (emploi temps plein) médical.

Le centre bénéficie également d'une prise en charge des frais de déplacement engagés par le ou les médecins salariés mis à disposition pour la zone sous-dotée.

BON À SAVOIR

Le centre de santé polyvalent ayant une forte activité infirmière ou dentaire peut cumuler les différents contrats incitatifs dès lors que ce dernier est situé dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou de difficultés d'accès aux soins ou une zone où des besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits.

POUR EN SAVOIR PLUS

La CPAM du département d'exercice ► ameli.fr
L'Agence Régionale de Santé ► ars.sante.fr

AIDES A LA CRÉATION DE POSTES DE MEDECINS SALARIES DANS LES CENTRES DE SANTÉ

Aides à la création de postes de médecins généralistes salariés

Ces contrats destinés aux centres de santé médicaux ou polyvalents s'appliquent aux zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou de difficultés d'accès aux soins ou des zones où des besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits.

Contrat d'aide à l'installation

Une aide de 30 000 € est destinée à la création d'un premier emploi de médecin salarié en équivalent temps plein (ETP).

Pour le deuxième et troisième emplois de médecins salariés en ETP, l'aide est de 20 000 €. Au-delà de 3 ETP, l'aide est de 5 000 € par ETP supplémentaire.

NB : L'ETP supplémentaire est ouvert à tout professionnel de santé (sage-femme, infirmier, masseur-kinésithérapeute...) dès lors que le centre est implanté dans une zone sous-dense pour la profession de santé exercée par l'ETP supplémentaire.

Contrat de stabilisation et de coordination

Cette aide permet l'accompagnement des démarches de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire.

L'aide forfaitaire est de :

- 5 000 € par an pour l'emploi d'un médecin salarié en équivalent temps plein (ETP) ;
- 5 000 € par an pour la création d'un nouveau poste en ETP, quelle que soit la catégorie du professionnel de santé, dès lors que le centre est implanté dans une zone sous-dense pour la profession de santé exercée par cet ETP ;
- 3 000 € par an pour l'emploi d'un masseur-kinésithérapeute, d'une sage-femme ou d'un orthophoniste en ETP à condition qu'il remplace un professionnel exerçant une activité identique et existante.

Contrat de solidarité territoriale médecins salariés (CSTM)

Ce dispositif favorise l'intervention ponctuelle, au minimum 10 jours par an, de médecins salariés de centres de santé venant apporter leur aide à des centres de santé installés dans des territoires sous-denses.

Cette aide à l'activité est de 3 ans, renouvelable.

Elle correspond à la prise en charge – à hauteur de 25 % des honoraires tirés de l'activité conventionnée, hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires, et dans la limite de 50 000 € par an – des frais de déplacement engagés sur ces zones.

Pour en bénéficier, un contrat tripartite entre le centre de santé, la CPAM et l'ARS doit être conclu.

Contrat de solidarité territoriale médecins salariés (CSTM)

Ce dispositif favorise l'intervention ponctuelle, au minimum 10 jours par an, de médecins salariés de centres de santé venant apporter leur aide à des centres de santé installés dans des territoires sous-denses.

AIDES À LA CRÉATION DE POSTES DE CHIRURGIENS-DENTISTES SALARIÉS

Contrat d'aide à l'installation en zone très sous-dotée

Pour toute création d'un centre, une aide forfaitaire pendant les cinq premières années au titre de l'équipement ou d'investissements professionnels peut être accordée.

Cette aide est de 45 000 € pour la création d'un premier emploi d'un chirurgien-dentiste en équivalent temps plein (ETP).

Pour le deuxième et troisième emplois de chirurgiens-dentistes en ETP, l'aide est de 30 000 €.

Contrat d'aide au maintien au sein d'une zone très sous-dotée

Une aide forfaitaire de 3 000 € par an, pendant trois ans, pour chaque chirurgien-dentiste salarié en ETP est versée au titre de l'équipement du cabinet ou d'investissements professionnels.

AIDES À LA CRÉATION DE POSTES D'INFIRMIERS SALARIÉS

Contrat d'aide à l'installation en zone très sous-dotée

Pour toute création d'un centre, une aide forfaitaire de 30 000 € est versée pour la création d'un premier emploi d'infirmier en équivalent temps plein (ETP).

Pour le deuxième et troisième emplois d'infirmiers en ETP, l'aide est de 15 000 €.

Exemple : le centre de santé embauche 1,5 ETP, le montant de l'aide s'élève à 37 500 € : 30 000 € pour le premier ETP + 7 500 € (50% de 15 000) pour le mi-temps supplémentaire.

Contrat d'aide au maintien en zone très sous-dotée

Une aide forfaitaire de 3 000 € est versée par an pour chaque infirmier salarié en ETP.

AIDE AU RECRUTEMENT D'ASSISTANTS MÉDICAUX SALARIÉS

Ce dispositif est destiné aux :

- centres de santé polyvalents et médicaux salariant des médecins (généralistes ou spécialistes) ;
- centres de santé infirmiers et/ou dentaires salariant des médecins et modifiant leur désignation en centre de santé polyvalent.

Le centre doit justifier de l'embauche d'un assistant médical à mi-temps maximum (0,5 ETP) pour un médecin à plein temps (généraliste et/ou spécialiste), dans la limite de 4 assistants médicaux par centre.

Ainsi un centre a la possibilité de recruter un nombre moins important d'assistants médicaux en ETP que de médecins présents (exemple : un assistant médical en ETP pour quatre médecins en ETP).

Dans le cas où l'assistant médical serait déjà employé par le centre de santé, par exemple en occupant déjà un poste de secrétaire médicale, le financement sera conditionné au remplacement du salarié dans sa fonction antérieure dans les 6 mois suivant sa prise de fonction comme assistant médical.

L'aide pour l'emploi d'un assistant médical à temps plein (ETP) est de :

- 36 000 € pour la première année ;
- 27 000 € pour la deuxième année ;
- 21 000 € à partir de la troisième année, maintenue de façon pérenne.

LA MAISON DE SANTÉ PLURI-PROFESSIONNELLE

Une maison de santé est un regroupement de professionnels de santé libéraux, qui perçoivent chacun les honoraires relatifs à leurs actes et consultations.

Ces structures doivent se constituer en société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa. cf. page 44). Ce statut juridique permet de percevoir des rémunérations de la CPAM au nom de la structure elle-même.

La CPAM peut mettre en œuvre des financements complémentaires pérennes. Pour en bénéficier, les maisons de santé doivent satisfaire à un certain nombre de prérequis en matière d'accès aux soins ou de prévention, de travail en équipe et d'informatisation comptable.

Les dépenses communes (entretien des locaux, secrétariat...) sont financées par les professionnels de santé eux-mêmes.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Ce mode d'exercice peut prendre diverses formes : maisons de santé pluri-professionnelles, centres de santé ou d'autres formes d'organisations pluri-professionnelles.

Les professionnels de santé à l'initiative de la CPTS doivent :

- créer une structure juridique ;
- contractualiser avec l'ARS et la CPAM pour obtenir un financement.

L'aide

L'aide de la CPAM contribue au fonctionnement de la communauté professionnelle et à la rémunération des missions conduites.

Elle est proportionnelle au bassin de population couvert et à l'étendue des missions.

Elle peut se situer entre 185 000 € par an pour les plus petites communautés et 380 000 € par an pour les plus vastes.

**POUR EN
SAVOIR
PLUS**

La CPAM du département d'exercice ► ameli.fr
L'Agence Régionale de Santé ► ars.sante.fr

CAS PARTICULIERS

Membres des professions médicales à temps partiel

Bénéficient du taux réduit de la cotisation plafonnée d'assurance vieillesse, **les médecins généralistes, spécialistes et psychiatres, les sages-femmes et les odontologistes** qui exercent leur activité à temps partiel régulièrement et simultanément pour plusieurs employeurs relevant du régime général :

- la cotisation est calculée sur un taux égal à 70 % du taux de droit commun ;
- le code type de personnel : 336 ;
- le plafond applicable est celui correspondant à la périodicité de la paie ;
- les autres cotisations et contributions sont calculées avec application des taux de droit commun.

Les assurés rémunérés à la vacation

Chaque vacation donne lieu à cotisations dans la limite du plafond correspondant au nombre d'heures comprises dans le montant de ladite vacation.

Plus d'information sur les taux de cotisations des membres des professions médicales à temps partiel.

DÉBUTER VOTRE ACTIVITÉ EN TANT QUE REMPLAÇANT

En tant que remplaçant - médecin, chirurgien-dentiste, infirmier, sage-femme, masseur-kinésithérapeute, orthoptiste - vous serez affilié au régime d'assurance maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés dès le premier jour de remplacement.

MÉDECINS

- Vous contactez le conseil départemental de l'Ordre des médecins afin d'obtenir une licence de remplacement.
- Une fois le remplacement trouvé, vous établissez un contrat de remplacement en 3 exemplaires : un pour vous, un pour le médecin remplacé et un pour le conseil départemental de l'Ordre.
- Vous contactez la CPAM pour vous inscrire si vous n'êtes pas encore inscrit.
- Si toutefois votre CPAM ne remplit pas le rôle de guichet unique, vous devrez effectuer votre demande d'immatriculation au plus tard dans les 8 jours qui suivent votre 1^{er} remplacement sur www.cfe.urssaf.fr

Le praticien territorial médical de remplacement (PTMR)

Ce dispositif vise à favoriser les remplacements de médecins généralistes dans les territoires considérés comme manquant de professionnels de santé.

Ce contrat est ouvert à tout praticien en médecine générale autorisé à effectuer des remplacements en tant qu'interne, ou thésé depuis moins de 3 ans.

Le PTMR garantit deux types de rémunération :

- une rémunération forfaitaire complémentaire pour couvrir les périodes de disponibilité entre deux contrats, de 4 600 € pour un temps plein et de 2 300 € pour un temps partiel ;
- une indemnité supplémentaire pour les périodes de congés paternité, maternité et maladie.

Le contrat est signé pour 12 mois et ne peut excéder 72 mois.

Un minimum annuel de consultations (à temps plein ou à temps partiel) est à réaliser.

**POUR EN
SAVOIR
PLUS**

La CPAM ▶ ameli.fr

L'ARS ▶ ars.sante.fr

Le Portail d'accompagnement des professionnels de santé ▶ paps.sante.fr

MÉDECINS

Une offre de simplification pour les remplaçants

La simplicité

- Un seul interlocuteur pour vos cotisations sociales : l'Urssaf ;
- Vous déclarez la rétrocession d'honoraires uniquement si vous en percevez ;
- Vous n'aurez pas de cotisations complémentaires à payer en 2021

Cette offre est réservée aux médecins effectuant des remplacements de façon exclusive.

Vous êtes :

- Médecin conventionné exerçant votre activité en tant que remplaçant de façon exclusive ;
- Étudiant en médecine et souhaitez effectuer des remplacements ;
- Médecin salarié ;
- Médecin retraité et vous remplacez ou souhaitez remplacer des consœurs ou confrères.

Les taux et montants de cotisations :

- **Un taux unique de cotisations sociales pour la maladie-maternité, la famille, la retraite de base et la retraite complémentaire :**
 - 13,30 % jusqu'à 19 000 € encaissés (honoraires bruts rétrocédés) ;
 - 21,00 % au-delà de 19 000 € ;
- **Un forfait annuel de 158 € pour l'assurance Invalidité Décès (excepté pour les retraités).**

Une déclaration et un paiement en ligne chaque trimestre

Vous déclarez uniquement vos honoraires encaissés et payez en ligne vos cotisations.

Vos dates d'échéances sont : 30 avril, 31 juillet, 31 octobre 2020 et 31 janvier 2021.

Si vous n'avez pas effectué de remplacement au cours d'un trimestre, vous n'avez aucune démarche à effectuer : aucune déclaration, aucun paiement de cotisations.

Votre adhésion en ligne

Vous n'avez jamais exercé en libéral ou vous avez déjà exercé mais votre compte est radié

Dès la création de votre espace en ligne sur www.medecins-replacants.urssaf.fr vous pourrez compléter le formulaire pour activer ou réactiver votre compte à l'Urssaf.

Vous devez informer en parallèle la CARMF

Vous exercez déjà en tant que remplaçant

Vous devez demander la radiation de votre compte actuel auprès de votre Urssaf, qui pourra effectuer cette formalité pour vous.

Dès la confirmation de la radiation de votre compte, vous pourrez créer espace en ligne sur www.medecins-replacants.urssaf.fr et compléter le formulaire d'adhésion.

Vous devez informer en parallèle la CARMF.

Vous dépassez le seuil de 19 000 €

Si pendant deux années consécutives vos rétrocessions d'honoraires sont supérieures à 19 000 € et au plus égales à 38 000 € : vous sortez automatiquement du dispositif le 31 décembre de l'année du second dépassement.

Si la rétrocession de vos honoraires est supérieure à 38 000 € dans l'année : vous sortez automatiquement du dispositif le 31 décembre de l'année.

Vous basculerez ensuite dans le régime PAMC classique

Vous renseigner

Vous pouvez contacter un conseiller au 0 806 804 209 en sélectionnant le choix 3 (Service gratuit + prix appel).

Ou par mail : offre.medecin.replacant@urssaf.fr

CHIRURGIENS-DENTISTES

Vous êtes interne « non thésé »

1 - Demande d'autorisation au Conseil départemental de l'Ordre

Vous soumettez votre demande d'autorisation de remplacement au Conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes de votre lieu de résidence.

2 - Déclaration auprès du Centre de formalités des entreprises (CFE) de l'Urssaf

La demande d'immatriculation peut être déposée sur place, envoyée par courrier ou effectuée par Internet dans les 8 jours suivant votre premier remplacement.

Le CFE en ligne : Vous effectuez votre déclaration de début d'activité sur cfe.urssaf.fr
Chemin d'accès : Rubrique « Déclaration CFE » / Profession libérale ou assimilée / Un début d'activité, une création d'activité.



Le CFE transmet les pièces de votre dossier aux différents organismes concernés par la création de votre activité : CPAM, caisse de retraite, service des impôts des entreprises (SIE), ...

L'Insee vous attribue un numéro d'identification unique par établissement : **le Siret**.

3 - Créer votre compte en ligne sur urssaf.fr

Une fois obtenus votre Siret et votre numéro de compte Urssaf vous créez votre espace personnel sur urssaf.fr.

Vous pouvez tout faire en ligne : payer vos cotisations, consulter votre compte, demander une remise de majorations de retard, solliciter un délai, obtenir une attestation.

4 - Vos cotisations

Vous débutez en 2020, en tant que chirurgien-dentiste non thésé vous serez affilié au Régime général de Sécurité sociale (CPAM et Urssaf). **Les cotisations et les prestations vous sont présentées dans le guide « Créateur d'entreprise libérale - Votre protection sociale en 2020 ».**

2021 : la déclaration de revenu

Chaque année, entre avril et juin, vous devez transmettre une déclaration de votre revenu professionnel (déclaration sociale des indépendants DSI), même si votre revenu est nul, obligatoirement sur net-entreprises.fr.

La régularisation et le recalcul des cotisations provisoires

Dès que vous aurez déclaré en 2021 votre revenu professionnel 2020 avec la DSI, vous recevrez un courrier avec un nouvel échéancier 2021 comprenant :

- le calcul de la régularisation de vos cotisations 2020 ;
- le recalcul du montant de vos cotisations provisoires 2021 sur la base de vos revenus 2020 ;
- le montant provisoire de vos premières échéances de cotisations de l'année 2022.

BON À SAVOIR

Estimation du revenu d'activité

En cas de variation de votre revenu à la hausse ou à la baisse, ou de revenus à « 0 » pendant plusieurs mois, vous pouvez demander un recalcul de vos cotisations provisoires à partir d'une estimation de votre revenu sur urssaf.fr.

Vous êtes docteur en chirurgie dentaire, thésé et inscrit au tableau de l'ordre

Vous contactez la CPAM pour vous inscrire et effectuer les formalités d'immatriculation à l'Urssaf.

Si votre CPAM ne remplit pas le rôle de guichet unique, vous effectuerez votre demande d'immatriculation auprès de l'Urssaf au plus tard dans les 8 jours qui suivent votre installation sur cfe.urssaf.fr.

Les sociétés d'exercice libéral, les sociétés civiles de moyens ou professionnelles doivent s'adresser au CFE du greffe du tribunal de commerce ou du tribunal de grande instance statuant commercialement sur infogreffe.fr.

Vous devrez également vous affilier à la Caisse autonome de retraite des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes (CARCDSF).

Suite à votre immatriculation auprès du CFE, l'Insee vous attribue un numéro d'identification unique par établissement : **le Siret**.

INFIRMIERS

Les conditions à remplir pour remplacer un infirmier libéral conventionné sont les suivantes :

- Être titulaire d'un diplôme d'État d'infirmier*.
- Conclure un contrat de remplacement avec l'infirmier libéral remplacé dès lors que le remplacement dépasse une durée de 24 heures ou s'il est d'une durée inférieure mais répétée.
- Ne remplacer au maximum que deux infirmiers simultanément.
- Justifier d'une activité professionnelle de dix-huit mois, soit un total de 2 400 heures de temps de travail effectif, dans les six années précédant la date de demande de remplacement.
- Avoir réalisé cette activité professionnelle dans un établissement de soins, une structure de soins ou au sein d'un groupement de coopération sanitaire.

Avant d'effectuer votre premier remplacement, vous devez effectuer quelques démarches :

1^{re} étape : L'infirmier se présente auprès de l'ARS de son lieu de résidence pour l'enregistrement de son diplôme au répertoire ADELI.

2^e étape : L'infirmier se présente à la caisse située dans le ressort de son domicile pour une première instruction de son dossier en vue du remplacement d'un infirmier conventionné. La caisse fait une préinstruction du dossier pour vérifier que l'infirmier justifie bien de l'expérience professionnelle requise.

A l'issue de cette pré-instruction et dans le cas où l'infirmier justifie de l'expérience requise et du diplôme d'État d'infirmier, la caisse délivre à l'infirmier une attestation (précisant que le professionnel répond aux conditions d'expérience professionnelle requises par la convention en vue d'un remplacement sous convention).

3^e étape : L'infirmier se présente au conseil départemental de l'Ordre des infirmiers du département où se trouve sa future résidence professionnelle muni de son attestation d'expérience. L'Ordre instruit son dossier (inscription à l'Ordre si l'infirmier n'est pas déjà inscrit ou modification de sa situation) puis lui délivre, le cas échéant, l'autorisation de remplacement.

4^e étape : L'infirmier se présente de nouveau à la caisse de son domicile muni de son autorisation de remplacement. La caisse, au vu de cette autorisation, de l'attestation d'inscription à l'Ordre, du numéro ADELI, finalise l'instruction du dossier et autorise l'infirmier à remplacer un confrère conventionné.

* Contacter la CPAM pour vérifier que les conditions d'exercice pour effectuer des remplacements sont remplies ; la caisse remet une attestation de validation de l'expérience professionnelle.

Contactez le Conseil départemental de l'ordre des infirmiers (muni de l'attestation remise par la CPAM) pour la demande d'inscription à l'ordre et d'autorisation de remplacement ainsi que la carte CPS remplaçant.

Reprenez contact avec la CPAM (muni de l'autorisation de remplacement et de l'attestation d'inscription à l'ordre) pour être inscrit en tant qu'infirmier remplaçant.

MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

Pour remplacer un masseur-kinésithérapeute titulaire, vous devez être **titulaire d'un diplôme d'État** dans la même spécialité et effectuer un certain nombre de démarches :

- Rédigez un contrat en 3 exemplaires avec le masseur-kinésithérapeute que vous remplacez, si le remplacement dépasse une durée de 24 heures ou s'il est d'une durée inférieure mais répétée dans le temps. Ce contrat précise notamment la durée du remplacement ainsi que les modalités de la rétrocession d'honoraires.
- Vous transmettez votre demande d'autorisation de remplacement au **Conseil départemental de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes** de votre lieu de résidence.
- Vous contactez votre **CPAM** pour vous inscrire et effectuer les formalités d'immatriculation à l'**Urssaf**.
Si votre CPAM ne remplit pas le rôle de guichet unique, vous pourrez effectuer votre demande d'immatriculation au plus tard dans les 8 jours qui suivent votre installation sur cfe.urssaf.fr.
- N'oubliez pas de vous affilier à la **Carpimko** (Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes).

ORTHOPTISTES

- Vous devez enregistrer le remplacement auprès de votre CPAM et vous inscrire auprès de la Carpimko.
Adressez à cette dernière un courrier mentionnant votre début d'activité libérale en y joignant la copie de votre diplôme ainsi que la copie de votre certificat de capacité.

SAGES-FEMMES

- Vous devez transmettre votre demande d'autorisation de remplacement au Conseil départemental de l'Ordre des sages-femmes de votre lieu de résidence. Vous lui fournissez le contrat de remplacement, rempli et signé avec la sage-femme que vous remplacez.
- Si vous êtes élève sage-femme, adressez au Conseil départemental de l'Ordre des sages-femmes votre attestation de stage validée par le directeur de votre école.
- Si votre CPAM ne remplit pas le rôle de guichet unique, vous effectuerez votre demande d'immatriculation auprès de l'Urssaf au plus tard dans les 8 jours qui suivent votre installation sur cfe.urssaf.fr.
- Les sages-femmes diplômées et inscrites au tableau de l'Ordre doivent s'affilier à la CARCDSF.

BON À SAVOIR

Il faut bien distinguer la situation où vous réalisez véritablement un remplacement de celle où vous vous accordez avec vos consoeurs ou confrères pour assurer la continuité des soins des patients (en cas de congés par exemple).



DEVENIR EMPLOYEUR

Vous décidez d'embaucher un ou plusieurs salariés. Vous devenez employeur et de ce fait vous êtes soumis à certaines obligations déclaratives.

DÉCLARATION DU SALARIÉ

Préalablement, vous devez déclarer votre salarié au moyen de la déclaration préalable à l'embauche (DPAE) qui vous permet d'effectuer en une seule fois, auprès d'un seul interlocuteur, l'Urssaf, l'ensemble des formalités liées à l'embauche de chaque salarié.

Cette déclaration doit être effectuée **au plus tôt dans les 8 jours précédant l'embauche** sur net-entreprises.fr, le portail officiel des déclarations sociales, ou sur urssaf.fr.

DÉCLARATION DES COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS SOCIALES : LA DÉCLARATION SOCIALE NOMINATIVE

En fonction des salaires déclarés, vous avez des cotisations et contributions sociales à acquitter (Urssaf, assurance chômage, retraite complémentaire, prévoyance...).

La déclaration sociale nominative (DSN) remplace la majorité des déclarations sociales auprès des organismes de protection sociale. La transmission des données et le paiement s'effectuent mensuellement via net-entreprises.fr.

Pour plus d'infos :

→ dsn-info.fr

→ urssaf.fr

Pour gérer autrement
vos salariés :

ADOPTEZ LE **TESE** !

Vous pouvez bénéficier du Titre emploi service entreprise, un dispositif de simplification des formalités sociales liées à l'emploi de salariés proposé par le réseau des Urssaf :

- une déclaration pour la DPAE et le contrat de travail ;
- plus de bulletins de paie à faire : le centre Tese s'en charge à partir d'une seule déclaration ;
- un paiement auprès de votre Urssaf pour les cotisations de protection sociale obligatoire et pour l'impôt sur le revenu prélevé à la source (si les salariés sont imposables).

Les DSN et certaines déclarations annuelles sont également effectuées par votre centre Tese (attestation fiscale...).

Le prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu est géré par votre centre Tese.

Toutes les déclarations doivent être réalisées sur internet.

Pour en savoir plus > letese.urssaf.fr

Tél. : **0 810 123 873** Service 0,05 € / min + prix appel



LA PROTECTION SOCIALE DE VOTRE CONJOINT

Si votre conjoint (marié ou pacsé) participe de façon régulière à l'activité de l'entreprise, il doit avoir un statut.

LES FORMALITÉS

Si votre conjoint a une activité régulière vous devez le déclarer auprès de votre Centre de formalités des entreprises compétent (cf. p. 7) en choisissant l'un des statuts, **salarié ou collaborateur**.

Cette déclaration de statut se fait lors de la création de l'entreprise ou à tout moment par le biais d'une déclaration modificative auprès du CFE.

Le conjoint peut aussi avoir le **statut d'associé** qui est réservé aux activités dans le cadre d'une société. Ce statut résulte de la participation financière du conjoint au capital de la société. **Ce conjoint ne peut pas avoir le statut de conjoint collaborateur.**

Si l'activité professionnelle du conjoint n'est pas déclarée, cette activité est considérée comme étant sous le statut de conjoint salarié.

ASSOCIÉ	COLLABORATEUR	SALARIÉ
<p>Conditions</p> <p>Le conjoint du gérant majoritaire de la SELARL est associé et participe à l'activité de l'entreprise. Il doit avoir les qualifications nécessaires pour exercer la même profession.</p> <p>Ses cotisations sociales sont déterminées selon les modalités qui s'appliquent à tous les praticiens libéraux.</p> <p>Votre protection sociale</p> <p>Vous êtes un travailleur indépendant. Vous cotisez personnellement auprès de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'Urssaf (cotisation d'allocations familiales, CSG-CRDS, Curps, contribution à la formation professionnelle, assurance maladie-maternité) pour votre activité conventionnée, - d'une section professionnelle de la CNAVPL pour la retraite de base et complémentaire et l'invalidité décès. <p>Vos cotisations</p> <p>Elles sont calculées sur la base de votre revenu professionnel. Vous établissez chaque année une déclaration de revenus - DSPAMC (cf. page 21).</p>	<p>Conditions</p> <p>Le chef d'entreprise doit avoir opté pour l'entreprise individuelle, être gérant associé unique d'EURL ou être gérant majoritaire d'une SARL.</p> <p>Vous n'êtes pas rémunéré pour cette activité.</p> <p>Prestation maladie-maternité</p> <p>Vous êtes assuré à titre personnel. Une option est possible pour bénéficier du régime du chef d'entreprise pour le droit aux allocations en cas de maternité ou paternité (naissance ou adoption).</p> <p>Prestation retraite invalidité/décès</p> <p>Par vos cotisations personnelles obligatoires, vous vous constituez des droits propres aux assurances vieillesse, invalidité-décès des professionnels libéraux auprès d'une des sections professionnelles de la CNAVPL.</p>	<p>Conditions</p> <p>Quel que soit le statut juridique de l'entreprise, les conditions suivantes doivent être respectées. Une déclaration préalable à l'embauche (DPAE), un contrat de travail et des fiches de paie mensuelles sont à établir. Le salaire doit correspondre à la qualification de l'emploi occupé ou, si vous exercez des activités diverses ou une activité non définie par une convention collective, un salaire égal au minimum au Smic.</p> <p>Vous devez payer des cotisations sociales auprès de chaque organisme de protection sociale ou auprès de l'Urssaf si vous adhérez au Tese (cf. page 59).</p> <p>Votre protection sociale</p> <p>Vous relevez du régime général des salariés en contrepartie de cotisations salariales et patronales de Sécurité sociale. Vous bénéficiez de la protection offerte aux salariés en matière d'assurance chômage, sous réserve de l'appréciation par Pôle emploi de la réalité du contrat de travail.</p>

NOUS CONTACTER



► www.ameli.fr



► www.cnavpl.fr



► www.urssaf.fr