

# déclaration en vue de l'affiliation des retraités ou de leurs conjoints survivants

au titre de l'assurance maladie des médecins,  
chirurgiens-dentistes, sages-femmes,  
auxiliaires médicaux conventionnés

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

## notice d'utilisation

### les conditions à remplir pour bénéficier de ce régime

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

### les formalités d'inscription

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

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

#### Vous êtes ressortissant étranger

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

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

### les prestations auxquelles vous pouvez prétendre

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

La loi 78.17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations. (articles L377.1 du Code de la sécurité sociale, 441.1 du Code pénal)



# déclaration en vue de l'affiliation des retraités ou de leurs conjoints survivants

au titre de l'assurance maladie des médecins,  
chirurgiens dentistes, sages femmes,  
auxiliaires médicaux conventionnés

**partie réservée à la CPAM**

cpam	n° de document	cram	EEE
régime principal	date d'effet		
cpam affiliation	cpam prestataire	centre de paiement	

**le demandeur**

- **son identité**     monsieur     madame     mademoiselle
- nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)
- prénoms    sexe     masculin     féminin    date de naissance
- commune de naissance (département+arrondissement pour Paris, Lyon et Marseille)
- réservé cpam    n° de commune ou pays de naissance

- **renseignements particuliers**
- ☛ **demandeur né dans un TOM ou à l'étranger (qu'il s'agisse de personne de nationalité française ou étrangère)**
- pays de naissance    commune
- nom de naissance du père    premier prénom
- nom de naissance de la mère    premier prénom
- ☛ **demandeur ressortissant de l'EEE (cf. notice)**
- préciser le cas échéant son n° d'immatriculation dans son pays de nationalité
- ☛ **demandeur ressortissant d'un pays hors de l'EEE (cf. notice)**
- certificat de résidence\*     carte de séjour\*     récépissé de demande de renouvellement\*     autres, andorran, monégasque\*
- \* indiquer pour ces documents, le numéro :    et la date de fin de validité

- **son adresse**
- 
- 
- 
- commune et code postal

**réponse de l'INSEE**

numéro national d'identité+clé de contrôle
JN
1 <sup>ère</sup> immatriculation pour
OBSERVATIONS

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

# déclaration en vue de l'affiliation des retraités ou de leurs conjoints survivants

au titre de l'assurance maladie des médecins,  
chirurgiens dentistes, sages femmes, auxiliaires  
médicaux conventionnés

**partie réservée à la CPAM**

cpam	n° de document	cram	EEE
régime principal	date d'effet		
cpam affiliation	cpam prestataire	centre de paiement	

**le demandeur**

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

- **son adresse**
- 
- 
- 
- 
- commune et code postal

**notification de rattachement destinée à la section professionnelle**

La caisse primaire d'assurance maladie ci-après, informe la caisse autonome de retraites :

des médecins     des chirurgiens dentistes     des sages femmes     des auxiliaires médicaux

que le demandeur désigné ci-dessus est inscrit au régime particulier d'assurance maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés sous le

numéro national d'identité+clé de contrôle

avec effet à la date du

à    le    cachet de la CPAM

signature



# déclaration en vue de l'affiliation des retraités ou de leurs conjoints survivants

volet 4 à conserver  
par le demandeur

n° 11171\*01

au titre de l'assurance maladie des médecins,  
chirurgiens dentistes, sages femmes,  
auxiliaires médicaux conventionnés

## partie réservée à la CPAM

cpam	n° de document	cram	EEE
régime principal		date d'effet	
cpam affiliation	cpam prestataire	centre de paiement	

## le demandeur

• **son identité**     monsieur     madame     mademoiselle

nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

prénoms    sexe     masculin     féminin    date de naissance

commune de naissance (département+arrondissement pour Paris, Lyon et Marseille)

réserve cpam    n° de commune ou pays de naissance

• **renseignements particuliers**

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

pays de naissance    commune

nom de naissance du père    premier prénom

nom de naissance de la mère    premier prénom

☉ **demandeur ressortissant de l'EEE (cf. notice)**

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

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

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

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

• **son adresse**

commune et code postal

• **renseignements complémentaires**

avez-vous déjà été immatriculé à un régime de sécurité sociale     oui     non

dans l'affirmative, votre n° d'immatriculation

vous êtes demandeur, en qualité de     praticien retraité     veuf(ve) de praticien

qualité du praticien     médecin     chirurgien dentiste     sage femme     auxiliaire médical

vous avez exercé     votre conjoint a exercé, à titre libéral. depuis le    Indiquez ci-dessous, les adresses et les périodes

1	du	au
2	du	au
3	du	au
4	du	au
5	du	au
6	du	au
7	du	au
8	du	au

**Le demandeur certifie qu'il ne bénéficie pas déjà d'un régime obligatoire d'assurance maladie**

à    le    signature du demandeur