

La gestion de la couverture sociale pour un médecin libéral

www.med-in-occ.org – Tous droits réservés

La gestion de la couverture sociale pour un médecin libéral en France comporte plusieurs aspects importants, étant donné que ces professionnels ne bénéficient pas du statut de salarié et doivent donc s'organiser eux-mêmes pour leurs protections sociales.

I Assurance Maladie

Les médecins libéraux sont affiliés au régime général de la Sécurité sociale pour la gestion de leur couverture de base. Ils sont inscrits via la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de leur lieu de résidence.

Pour le paiement de leurs cotisations sociales, ils relèvent :

- Soit du régime des Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés (PAMC) ;
- Soit du régime des Travailleurs Indépendants – Professions Libérales (TI/SSI).

En secteur 2, un droit d'option entre ces deux régimes est exercé lors de la première installation (choix en principe définitif). Dans le régime PAMC, la convention médicale peut ouvrir une participation de l'Assurance Maladie au paiement d'une partie de certaines cotisations sociales sur l'activité conventionnée (secteur 1, et secteur 2 sous conditions, notamment OPTAM).

Les cotisations sont appelées et recouvrées par l'URSSAF, sur la base des revenus professionnels déclarés (BNC ou rémunération selon le mode d'exercice), avec régularisation.

La couverture de base assure les remboursements des soins courants (consultations chez les médecins, médicaments, analyses médicales, etc.), une partie des frais hospitaliers et les soins dentaires et optiques, à des taux qui peuvent nécessiter une complémentation par une assurance privée pour une couverture totale des frais.

Assurance complémentaire santé

Pour couvrir les parts non remboursées par la sécurité sociale, la plupart des médecins libéraux souscrivent à une assurance complémentaire santé. Cette couverture complémentaire peut également inclure des prestations non couvertes par le régime de base, comme certaines thérapies alternatives, les soins à l'étranger ou une chambre individuelle en cas d'hospitalisation.

Indemnités journalières en cas d'arrêt maladie

En cas d'incapacité de travail due à une maladie ou à un accident, les médecins libéraux peuvent, sous réserve de remplir les conditions d'ouverture de droits, percevoir des **indemnités journalières (IJ) versées par l'Assurance Maladie (CPAM), après 3 jours de carence.**

Depuis le 1er juillet 2021, l'Assurance maladie indemnise l'arrêt de travail **du 4^e au 90^e jour d'arrêt de travail** en cas de maladie ou d'accident :

- Financement : cotisation IJ obligatoire de 0,30 % du revenu (assise limitée à 3 PASS) prélevée par l'URSSAF ;
- Montant : IJ = 1/730 du revenu annuel moyen des 3 dernières années (soit 50 % du revenu journalier moyen) ;
- Plafond : revenu de référence limité à 3 PASS ; en 2026, l'IJ maximale est de 197,51 € / jour ;
- Assiette minimale de cotisation IJ : 40 % du PASS ; en 2026, cela correspond à une IJ minimale d'environ 26,33 € / jour.

Au-delà du 90^e jour d'arrêt, les IJ CPAM cessent : la prise en charge relève alors du régime de prévoyance obligatoire de la CARMF et, le cas échéant, d'une prévoyance complémentaire. En effet, beaucoup de médecins libéraux optent pour des contrats de prévoyance individuels qui offrent des protections complémentaires comme une couverture en cas d'invalidité, de maladie grave ou de décès.



La gestion de l'assurance maladie pour un médecin libéral en France est un **équilibre entre les obligations légales et les choix personnels de couverture complémentaire** pour assurer une protection optimale contre les risques de santé. Il est conseillé de **revoir régulièrement les options de couverture** pour s'assurer qu'elles correspondent toujours aux besoins personnels et professionnels.

Les taux des cotisations - Secteur 1

Les cotisations maladie sont calculées sur la base du revenu d'activité du médecin libéral. Pour les nouveaux praticiens ou ceux qui n'ont pas encore de revenus stables, il peut y avoir un montant minimal de cotisation basé sur une estimation de revenu.

	Assurance maladie sur l'assiette de participation CPAM	Assurance maladie sur le reste du revenu d'activité non salarié
Revenus < 18 840 €	0 %	3,25 %
Revenus compris entre 18 840 € et 51 810 €	Taux progressif entre 0 % à 6,5 %	Taux progressif entre 3,25 % et 9,75 %
Revenus > 51 810 €	6,5	9,75 %
Prise en charge Assurance maladie	Taux progressif entre 0 % à 6,40 %	Néant

La cotisation maladie est payable annuellement, avec des appels de cotisations émis par l'URSSAF, qui est l'organisme chargé de collecter les cotisations sociales des travailleurs indépendants. Les médecins ont la possibilité de payer ces cotisations de manière échelonnée tout au long de l'année.

Il existe un montant minimum et maximum de cotisation maladie que les médecins libéraux doivent payer, ce qui assure que même les médecins à faibles revenus contribuent à leur couverture maladie, tout en plafonnant la charge pour ceux aux revenus élevés.

À noter : selon la situation, certains dispositifs généraux peuvent s'appliquer (exemple : l'Aide à la Création ou à la Reprise d'une Entreprise, appelée ACRE, accordée sous conditions), et l'URSSAF appelle des cotisations provisionnelles puis procède à une régularisation lorsque les revenus sont connus.

Congé de maternité/paternité/adoption

Les médecins libéraux peuvent également bénéficier de prestations liées à la maternité, la paternité ou l'adoption. Elles sont principalement versées par l'Assurance maladie (allocation forfaitaire, indemnités journalières, indemnité de remplacement si recours à un remplaçant), selon les conditions applicables au régime du médecin.

En effet, une aide financière conventionnelle peut être versée aux médecins libéraux conventionnés interrompant leur activité médicale pour maternité, paternité ou adoption, afin de contribuer aux charges du cabinet pendant la période d'arrêt.

L'aide conventionnelle est modulée selon le type de congé, le secteur et le temps consacré par le médecin à son activité libérale (temps plein, temps partiel).

	Secteur 1 ou Secteur 2 OPTAM / OPTAM CO			Secteur 2 non OPTAM		
	Temps plein (8 demi-journées)	Temps partiel (6 à 8 demi-journées)	Temps partiel (4 à 6 demi-journées)	Temps plein (8 demi-journées)	Temps partiel (6 à 8 demi-journées)	Temps partiel (4 à 6 demi-journées)
Maternité ou adoption	3 100 €/mois	2 325 €/mois	1 550 €/mois	2 066 €/mois	1 550 €/mois	1 033 €/mois
Paternité	2 232 €/mois	1 674 €/mois	1 116 €/mois	1 488 €/mois	1 116 €/mois	744 €/mois

II Assurance vieillesse

Les médecins libéraux cotisent à la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF) qui gère leur retraite de base, complémentaire et supplémentaire. Les contributions sont obligatoires et varient en fonction des revenus.

La CARMF gère trois niveaux de retraite obligatoires pour les médecins libéraux :

- **La retraite de base** : alignée sur les règles du régime général des salariés, mais avec ses propres spécificités en termes de taux de cotisation et de calcul des pensions.
- **La retraite complémentaire** (RCV – Régime Complémentaire Vieillesse) : permet d'améliorer la retraite de base.
- **La retraite supplémentaire** (ASV – Allocation Supplémentaire Vieillesse) : troisième couche de protection, spécifique aux médecins conventionnés.

Les médecins libéraux cotisent à ces trois niveaux en fonction de leur revenu professionnel.

- **Retraite de base** : fonctionne en points et trimestres d'assurance. Si vous exercez en secteur 1, une partie des cotisations est prise en charge par les caisses maladies.
- **Retraite complémentaire** : gérée en répartition provisionnée. Fonctionne en points, où chaque point correspond à une valeur fixée annuellement par la CARMF.
- **Retraite supplémentaire** (si conventionné) : fonctionne en points. La cotisation est composée d'une part forfaitaire et d'une part proportionnelle aux revenus conventionnels. Si vous exercez en secteur 1, les deux tiers de la cotisation sont pris en charge par les caisses maladie. Si vous exercez en secteur 2, vous réglez la totalité des cotisations.

L'âge légal de départ à la retraite pour les médecins libéraux est similaire à celui du régime général, mais il existe des possibilités de départ anticipé sous certaines conditions, ainsi que des options pour le report de l'âge de départ afin d'augmenter le montant de la pension.



La retraite des médecins libéraux en France est un système complexe qui requiert une bonne compréhension de ses différents composants pour optimiser les bénéfices de retraite. Il est souvent conseillé aux médecins de consulter un **conseiller financier spécialisé** pour planifier efficacement leur retraite en fonction de leurs revenus et de leurs besoins futurs.

Montants moyens des cotisations vieillesse – Secteur 1

- **Retraite de base** : en 2026, le taux de cotisation est de 8,73 % appliqué jusqu'au Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS) fixé à 48 060 €, puis 1,87 % pour la tranche de revenus au-delà de ce plafond jusqu'à 5 PASS.
- **Retraite complémentaire** : en 2026, la cotisation est basée sur un système de tranches et de points. Pour la tranche 1 (jusqu'à 3,5 PASS soit 168 210 €), la cotisation est de 11,80 %, puis 3,10 % pour la tranche 2 (de 3,5 à 5 PASS).
- **Retraite supplémentaire** : en 2026, la cotisation est composée d'une part forfaitaire de 1 917 € et d'une part d'ajustement de 1,333 % des revenus conventionnels (N-2) dans la limite de 5 PASS. En secteur 1, les 2/3 de la cotisation sont pris en charge par les caisses maladie.

Exemple de calcul (à titre indicatif) :

Pour un médecin libéral en secteur 1 dont le revenu net annuel est de 100 000 euros :

- Retraite de base : il cotiserait environ 1 870 € (tranche 2), montant auquel il faudra déduire une participation de l'Assurance maladie d'environ 1 510 €
- Retraite complémentaire : environ 11 800 €
- Retraite supplémentaire : environ 1 917 €

Soit un total de cotisations annuelles de 18 273 €.



Ces montants sont des approximations et ne tiennent pas compte de situations particulières. Ils peuvent varier en fonction des revenus exacts et des taux annuels. Il est important pour chaque médecin de consulter régulièrement la CARMF ou un conseiller fiscal pour comprendre précisément ses obligations et planifier en conséquence. Les médecins libéraux sont invités à effectuer une simulation personnalisée sur le site de la CARMF pour obtenir une estimation détaillée en fonction de leur situation.

[Cliquez ici pour aller sur la calculatrice des montants de cotisation](#)

III Prévoyance et invalidité-décès

La CARMF gère un régime de prévoyance obligatoire (invalidité-décès) avec des prestations d'incapacité, d'invalidité et de décès. Il est toutefois souvent nécessaire de compléter cette protection par une prévoyance privée pour maintenir le niveau de revenu et/ou couvrir certaines charges.

La cotisation au régime Invalidité-Décès (ID) de la CARMF est une cotisation obligatoire qui, e en 2026, varie de 626 € à 1 010 € par an selon le revenu non salarié. Ce régime présente des limites :

- Arrêt de travail : les IJ de l'Assurance Maladie (CPAM) couvrent le 4^e au 90^e jour. A partir du 91^e jour, la CARMF peut verser des indemnités journalières d'incapacité temporaire (ITT), généralement modestes, calculées à 1/730 du revenu non salarié (N-2), avec un minimum de PASS/730 (65,84 € / jour en 2026) et un maximum de 3 PASS/730 (197,51 € / jour en 2026), pendant 3 ans maximum.
- En cas de décès, la CARMF verse un indemnité-décès forfaitaire (71 500 € en 2026) et, selon les situations, des rentes aux ayants droit (conjoint, orphelin...), souvent insuffisantes pour la famille du médecin.

A noter : il est conseillé de déclarer la cessation d'activité professionnelle plus tôt possible, même si l'interruption d'exercice est estimée inférieure à 90 jours.

Une prévoyance complémentaire privée est souvent indispensable pour maintenir un niveau de revenu proche de l'habituel : elle peut réduire le délai de franchise (15/30/60/90 jours selon contrat), compléter les IJ CPAM (jours 4 à 90) et/ou les IJ CARMF (à partir du 91^e jour), et prévoir une rente en cas d'invalidité ou un capital en cas de décès.

1. Prévoyance

La prévoyance vise à compenser la perte de revenus en cas d'incapacité de travail due à une maladie ou un accident. Cela inclut les indemnités journalières en cas d'arrêt de travail temporaire et une rente en cas d'invalidité permanente.

Indemnités journalières complémentaires :

Les médecins libéraux peuvent souscrire à des assurances qui leur permettent de recevoir des indemnités journalières après un délai de carence (souvent de 90 jours), si leur incapacité les empêche de travailler. Le montant de ces indemnités peut être ajusté selon les besoins et le niveau de revenus du médecin.

2. Invalidité - décès

La protection contre l'invalidité est cruciale pour les médecins libéraux, qui exercent souvent un métier physiquement et mentalement exigeant.

Classification de l'invalidité : L'invalidité est généralement classée en plusieurs catégories selon le degré d'incapacité du médecin à exercer non seulement sa profession mais aussi toute activité rémunératrice.

Assurance spécifique : Les médecins peuvent souscrire à des assurances spécifiques pour garantir un niveau de revenu en cas d'invalidité partielle ou totale. Ces assurances évaluent l'invalidité en fonction de la capacité du médecin à continuer à exercer dans sa spécialité.

Rente d'invalidité : En cas d'invalidité permanente, une rente peut être versée pour compenser la perte de revenus professionnels. Le montant de la rente dépend du degré d'invalidité et des termes du contrat de prévoyance souscrit.

Le coût d'une couverture Prévoyance

Le coût d'une prévoyance complémentaire dépend notamment de l'âge, de la spécialité, du niveau de garantie (montant d'IJ, durée, rente invalidité), des franchises et des exclusions. Il est donc très variable d'un médecin à l'autre. **Les primes peuvent aller de quelques centaines à plusieurs milliers d'euros par an. En général, un médecin peut s'attendre à payer entre 2 % et 4 % de son revenu annuel brut pour une couverture de prévoyance complète, mais cela reste très variable.**

Points de vigilance :

- Délai de franchise (15/30/60/90 jours...) ;
- Définition de l'incapacité (incapacité à exercer la spécialité vs toute activité) ;
- Niveau d'indemnisation et plafonds ;
- Prise en charge des frais professionnels / charges de cabinet ;
- Exclusions et formalités médicales ;
- Articulation avec les IJ CPAM (J4-J90) et la CARMF (à partir de J91).

Conseils :

Comparer les offres : il est recommandé de comparer les offres de plusieurs assureurs pour trouver le meilleur rapport qualité-prix.

Consulter un spécialiste : un courtier en assurances ou un conseiller financier spécialisé peut aider à naviguer parmi les différentes options et à choisir la meilleure assurance en fonction des besoins spécifiques du médecin.



Cotisations et prises en charge par l'Assurance Maladie

Dans le régime PAMC, l'Assurance Maladie peut participer au paiement de certaines cotisations sociales sur la base de l'activité conventionnée, selon les règles de la convention médicale (secteur 1, et secteur 2 sous conditions, notamment OPTAM).



Conseil pratique

Compte tenu des enjeux financiers et de la variabilité des situations (arrêt de travail, invalidité, décès, retraite), il est recommandé de vérifier régulièrement sa couverture.

Pour une décision éclairée, il est conseillé de consulter des professionnels spécialisés en assurance et prévoyance pour choisir les produits les plus adaptés à la situation personnelle et professionnelle.

IV Prestations familiales (CAF)

1 – Allocations familiales

Il n'y a pas de conditions spécifiques liées au statut de travailleur indépendant pour l'éligibilité aux allocations familiales. Les allocations familiales sont ouvertes à partir de 2 enfants à charge, sans condition de ressources, mais le montant est modulé selon les revenus du foyer.

Déclaration des revenus : pour déterminer le montant des allocations, les médecins libéraux doivent déclarer annuellement leurs revenus professionnels à l'URSSAF, qui transmet ensuite automatiquement les informations à la Caisse d'Allocations Familiales (CAF). Les allocations sont calculées en fonction des revenus du foyer, avec des plafonds qui ajustent le montant versé selon les ressources. La CAF doit être informée de tout changement de situation (naissance, séparation, etc.).

Montant des allocations et versement : les allocations familiales sont versées à partir de 2 enfants à charge, avec un montant modulé par tranche de revenus du foyer (3 tranches). La CAF ajuste périodiquement ces montants et les seuils de revenus pour tenir compte de l'inflation et d'autres facteurs économiques. Les allocations sont versées mensuellement et peuvent être ajustées annuellement ou en cas de changement significatif dans les revenus ou la composition de la famille. Si un médecin libéral voit ses revenus varier, il doit informer la CAF pour réajuster le montant de ses allocations.

2 - Autres aides familiales

En plus des allocations familiales, les médecins libéraux peuvent également être éligibles à d'autres prestations familiales, telles que l'Allocation de Soutien Familial (ASF), l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH), et le complément familial, en fonction de situations spécifiques.

	Allocations familiales sur l'assiette de participation CPAM	Allocations familiales sur le reste du revenu d'activité non salarié
Revenus < 52 866 €	0 %	0 %
Revenus compris entre 52 866 € et 67 284 €	Taux progressif entre 0 % à 3,10 %	Taux progressif entre 0 % et 3,10 %
Revenus > 67 284 €	3,10 %	3,10 %
Prise en charge Assurance maladie	100 %, 75 % ou 60 % selon la tranche de revenus	Néant

V Assurance chômage

En France, les médecins libéraux, comme les autres travailleurs indépendants, n'ont traditionnellement pas accès à l'assurance chômage qui est réservée aux salariés du secteur privé. Toutefois, il existe des alternatives et des réformes récentes ont élargi certaines options de couverture.

1 - Assurance chômage privée

Les médecins libéraux peuvent souscrire à une assurance chômage volontaire auprès de prestataires privés. Ces assurances permettent de percevoir des indemnités en cas de cessation d'activité involontaire. Les conditions, les coûts et les bénéfices varient selon les assureurs et les contrats proposés.

2 - Allocation des travailleurs indépendants (ATI)

En France, les médecins libéraux ne relèvent pas de l'assurance chômage de droit commun (réservée aux salariés). Sous certaines conditions, ils peuvent toutefois bénéficier de l'**Allocation des travailleurs indépendants (ATI) en cas de cessation définitive et involontaire d'activité** (liquidation judiciaire, redressement judiciaire avec remplacement du dirigeant, ou cessation pour activité économiquement non viable attestée par un tiers de confiance, notamment en cas de baisse d'au moins 30 % des revenus).

Conditions principales :

- Avoir exercé une activité non salariée à titre exclusif pendant au moins 2 ans au titre d'une seule et même entreprise ;
- Avoir généré au moins 10 000 € de revenus professionnels annuels sur l'une des deux dernières années ;
- Etre inscrit comme demandeur d'emploi auprès de France Travail dans les 12 mois suivant la cessation d'activité ;
- Disposer de ressources personnelles inférieures au montant du RSA (pour une personne seule).

Montant et durée :

L'ATI est un revenu de remplacement forfaitaire, individualisé selon les revenus antérieurs, compris entre 19,73 € et 26,30 € par jour (environ 600 à 800 € par mois), versé pendant 182 jours maximum (environ 6 mois).

VI Responsabilité Civile Professionnelle

L'assurance Responsabilité Civile Professionnelle (RCP) protège le médecin contre les conséquences financières des réclamations pour fautes, erreurs ou négligences qui pourraient survenir dans le cadre de son activité professionnelle. La souscription à une assurance Responsabilité Civile Professionnelle (RCP) est obligatoire pour tous les médecins libéraux, y compris les remplaçants, conformément aux règles applicables aux professionnels de santé.

La RCP couvre la responsabilité du médecin pour les dommages corporels, matériels ou immatériels infligés à des tiers du fait d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins. Elle peut également couvrir les frais de défense en justice, même en cas de plainte non fondée. Les garanties et les limites de couverture varient selon les contrats et les assureurs. Il est donc crucial de bien comprendre les termes du contrat pour s'assurer que la couverture est adéquate et répond aux besoins spécifiques du praticien.

En cas de sinistre, le médecin doit déclarer rapidement l'incident à son assureur, qui prendra en charge le dossier et fournira l'assistance juridique nécessaire. Une bonne police de RCP permet au médecin de pratiquer sa profession avec sérénité, sachant que les risques légaux sont gérés et que sa réputation et sa santé financière sont protégées.

Assurance RCP pour une société

La loi impose à toute personne morale exerçant des activités de soins, de diagnostic ou de prévention de souscrire une assurance couvrant sa responsabilité professionnelle. Concrètement, pour les sociétés d'exercice comme les Sociétés d'Exercice Libéral (SEL) ou Sociétés Civiles Professionnelles (SCP), la souscription d'une RCP par la société est une obligation légale (s'ajoutant aux contrats individuels souscrits par chaque médecin).

Dans le cas de structures ne pratiquant pas directement d'actes médicaux, comme une Société Civile de Moyens (SCM) ou une holding Société de Participation Financière des Professions Libérales (SPFPL), aucune obligation explicite n'est prévue par les textes, mais il est vivement recommandé de souscrire une assurance adaptée aux risques de l'activité commune (responsabilité de l'organisation, du matériel partagé, des salariés éventuels, etc.). Cette précaution permet de protéger la société elle-même et ses associés en cas de mise en cause de la structure.

VII Prélèvement des contributions CGS et CRDS

La Contribution Sociale Généralisée (CSG) et la Contribution pour le Remboursement de la Dette Sociale (CRDS) sont deux prélèvements sociaux qui s'appliquent à la plupart des revenus des résidents, y compris ceux des médecins libéraux. Ces contributions servent à financer les dépenses de protection sociale et à rembourser la dette des régimes sociaux.

Contribution Sociale Généralisée (CSG)

La CSG est prélevée sur les revenus d'activité, les revenus de remplacement (comme les retraites et les indemnités journalières), les revenus du patrimoine et les produits de placement.

Pour un médecin libéral, le taux de CSG sur les revenus d'activité est de 9,2 %.

Cette contribution est déductible en partie pour le calcul de l'impôt sur le revenu à hauteur de 6,8 % du montant payé.

Contribution pour le Remboursement de la Dette Sociale (CRDS)

La CRDS est calculée à un taux de 0,5 % sur les mêmes bases que la CSG. Contrairement à la CSG, la CRDS n'est pas déductible de l'impôt sur le revenu.

Elle est imposée pour contribuer spécifiquement au remboursement de la dette de la sécurité sociale.

Modalités de paiement

Pour les médecins libéraux, ces contributions sont calculées sur la base de leur Bénéfice Non Commercial (BNC) ou, selon leur statut, sur leur rémunération s'ils exercent à travers une société. Le paiement de la CSG et de la CRDS est géré par l'URSSAF, à qui les médecins libéraux doivent déclarer régulièrement leurs revenus.

Gestion administrative

En plus de souscrire et de gérer ces couvertures, les médecins libéraux doivent également déclarer régulièrement leurs revenus à l'URSSAF pour ajuster le montant de leurs cotisations sociales.

Les médecins doivent être particulièrement attentifs à la déclaration de leurs revenus, car toute erreur peut entraîner des ajustements et des pénalités. En règle générale, les prélèvements sociaux sont payés en même temps que les cotisations sociales principales, facilitant ainsi la gestion administrative pour les professionnels de santé.

La gestion de la couverture sociale pour un médecin libéral en France nécessite donc une bonne connaissance des systèmes de protection sociale applicables aux indépendants, ainsi qu'une gestion attentive pour optimiser la couverture et minimiser les coûts.

Essentiel



La couverture sociale des médecins libéraux en France est structurée pour répondre aux spécificités de leur statut indépendant. Elle inclut plusieurs composantes essentielles telles que la maladie, la vieillesse, la maternité/paternité/adoption, et la prévoyance.

L'Assurance maladie (CPAM) prend en charge le remboursement des soins et verse des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail (notamment du 4^e au 90^e jour). Elle verse également des prestations maternité/paternité/adoption (selon conditions) et, pour les médecins conventionnés, certaines aides conventionnelles.

Pour la retraite, les médecins cotisent à la CARMF, qui gère la retraite de base, complémentaire et l'Allocation Supplémentaire Vieillesse (ASV). La CARMF gère aussi un régime de prévoyance obligatoire (invalidité-décès) et peut intervenir en cas d'arrêt prolongé.

En outre, les médecins libéraux doivent souscrire une assurance Responsabilité Civile Professionnelle (RCP) obligatoire pour se protéger contre les risques liés à leur pratique.

La gestion de ces couvertures nécessite une bonne connaissance des obligations et des organismes compétents (URSSAF, CPAM, CARMF) afin d'anticiper les charges et sécuriser la situation du médecin et de sa famille.

Date de mise à jour : février 2026

Mots clés :

#Assurancemaladie #CARMF #RCP #Prévoyance #Cotisations #Indemnitésjournalières
#Retraitecomplémentaire #URSSAF #Maternitépaternité #Protection sociale

Sources :

[Taux de cotisations du praticien 2026 - URSSAF](#)

[Guide 2026 du médecin cotisant - CARMF](#)

[Travailleur indépendant et droit au chômage - La Finance pour Tous](#)

[Aide financière maternité paternité adoption 2026 - Assurance maladie](#)

[Cotisations du médecin 2026 - CARMF](#)