

Email : [medicov@carmf.fr](mailto:medicov@carmf.fr)

Identifiant :

## ARRET DE TRAVAIL POUR COVID 19

Suite à une proposition du Bureau du Conseil d'Administration de la CARMF du 20 mars 2020, le Ministre des Solidarités et de la Santé a donné son accord le 23 suivant pour que le régime Invalidité-Décès de la CARMF prenne en charge, sans délai de carence, de façon exceptionnelle et dérogoire aux dispositions légales et réglementaires en vigueur, les médecins libéraux atteints du coronavirus, ainsi que les médecins en situation fragile (pathologies à risque) qui ne peuvent travailler du fait du contexte actuel d'épidémie.

Ceux-ci peuvent donc recevoir une indemnisation supplémentaire dès le premier jour d'arrêt et pendant toute la durée liée au Covid 19. Le montant de cette prestation supplémentaire et exceptionnelle versée par la CARMF variera de 67,54 € à 135,08 € par jour, selon la classe de cotisations applicable, s'ajoutant aux 112 € journalier qui le sont par l'Assurance Maladie.

Afin qu'il puisse être procédé à l'examen de votre demande, vous voudrez bien adresser à « [medicov@carmf.fr](mailto:medicov@carmf.fr) » l'ensemble des pièces médicales en votre possession.

A noter qu'un arrêt de travail ne peut être considéré à lui seul comme un justificatif pouvant permettre d'instruire votre demande.

Nous vous invitons donc à nous retourner :

- le formulaire ci-joint (référéncé "IJ 3 Ter") dûment rempli et signé par vous-même,
- un relevé d'identité personnel bancaire (ou postal),
- Un certificat médical détaillé établi par votre médecin traitant (indépendamment de l'avis d'arrêt de travail) précisant selon votre situation :
  - la date initiale exacte de votre arrêt total de travail
  - votre état clinique actuel
  - la nature de la maladie cause de l'arrêt de travail
  - les résultats de tout examen pratiqué
  - la durée probable de votre incapacité temporaire totale,

ou tout autre document médical en votre possession.

En fonction de la durée de votre incapacité totale nous serons éventuellement amenés à vous réclamer des justificatifs médicaux complémentaires.

Votre dossier ainsi constitué, devra parvenir à la CARMF dans les meilleurs délais, pour que votre situation au regard de l'assurance incapacité temporaire puisse être instruite.

# COVID 19 :

## Déclaration d'incapacité totale temporaire d'exercice

Je soussigné(e) :

Nom marital .....

Nom de naissance .....

Prénom(s) .....

Né(e) le ..... à ..... Département .....

Spécialité .....

Adresse actuelle : n° ..... rue .....

.....

Code postal ..... Ville .....

Téléphone ..... mobile .....

E-mail .....

Nom du médecin traitant .....

Mon cabinet médical est fermé depuis le .....

*Je déclare :*

- avoir interrompu mon activité professionnelle le....., pour cause de maladie (covid 19) diagnostiquée

<sup>(1)</sup> biologiquement

<sup>(1)</sup> cliniquement

- être enceinte de :  <sup>(1)</sup> moins de 7 mois

<sup>(1)</sup> 7 mois ou plus

- être reconnu en situation d'ALD ou à risque<sup>(2)</sup> :  oui<sup>(1)</sup>  non<sup>(1)</sup>

**Joindre à votre envoi le document de prise en charge de cette pathologie par l'assurance maladie ou l'ARS.**

- date de reprise d'activité s'il y a lieu : .....

- Etiez-vous en cumul activité retraite à la date de votre arrêt de travail ?  oui<sup>(1)</sup>  non<sup>(1)</sup>

Les déclarations sont faites sous la foi du serment.

En cas de fausse déclaration, la Caisse se réserve d'exercer tous les droits qui lui sont reconnus par la loi.

Je prends l'engagement d'informer immédiatement la CARMF de toute reprise d'activité, sous quelque forme que ce soit.

Fait à ..... le .....

Cachet et signature de l'affilié(e)

(1) Cocher la case correspondant à votre situation.

(2) selon la liste établie par le Haut Conseil de la Santé Publique