Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

Division prestations-réversions
Section indemnités journalières – IJ2-MED - 01/2025

Identifiant :

Arrêt de travail pour maladie ou accident

L'indemnité journalière est accordée au médecin cotisant, ou au conjoint collaborateur en cas de cessation d'activité pour cause de maladie ou d'accident le rendant temporairement incapable d'exercer une profession quelconque.

Les statuts du régime complémentaire d'assurance invalidité-décès stipulent aux articles suivants :

Article 9 : les indemnités journalières sont allouées à compter du 91e jour qui suit l'arrêt total de travail sous réserve d'être à jour de toutes cotisations au moment de l'arrêt (tant en principal, qu'en majorations de retard et frais de justice). Dans le cas contraire, la date d'effet ne pourra être fixée qu'à partir du 31e jour qui suit la date à laquelle le montant total de la dette a été réglé (et sous réserve que l'affilié(e) soit toujours, à ce moment-là, dans l'incapacité totale de reprendre l'exercice d'une profession). Si cette condition n'est pas remplie, le service Indemnités Journalières prendra contact avec vous pour l'instruction de votre dossier.

Article 10 et 12 : la déclaration de la date de la cessation d'activité doit être faite avant l'expiration du deuxième mois qui suit l'arrêt de travail (ou du 15e jour s'il s'agit d'une rechute intervenant moins d'un an suivant la dernière reprise d'activité). Toute déclaration postérieure à ce terme n'ouvrira de droit à l'indemnité journalière qu'à compter du 31e jour (ou 15e jour en cas de rechute) suivant cette déclaration, sauf avis contraire de la Commission de contrôle de l'incapacité d'exercice.

Nous vous invitons donc **à nous retourner** :
- le formulaire ci-joint (référencé "IJ 3") dûment rempli et signé par vous-même,
- une photocopie de votre livret de famille régulièrement tenu à jour,
- une photocopie de votre extrait d'acte de naissance, si vous êtes lié (e) par un pacte civil de solidarité,
- un relevé d'identité bancaire personnel,
- une lettre à l'attention du Médecin-Contrôleur exposant les motifs de votre déclaration tardive, s'il y a lieu.

et **à joindre à cet imprimé** : *– à l'attention du Médecin-Contrôleur –*

- Un certificat médical détaillé établi par votre médecin spécialiste (indépendamment de l'avis d'arrêt de travail) précisant :
  - la date initiale exacte de votre arrêt total de travail
  - votre état clinique actuel (de façon détaillé) et votre état général (taille, poids, …)
  - la nature de la maladie (ou de l'accident) cause de l'arrêt de travail
  - les résultats de tout examen pratiqué
  - la durée probable de votre incapacité totale d'exercice
  - la (les) dates exacte(s) d'arrêt(s) et de reprise d'activité au titre de votre (vos) interruption(s) précédente(s),
  - ainsi que toute information qu'il jugera utile de mentionner.
- Les traitements détaillés suivis et leur posologie (ordonnances à fournir lors de chaque changement de traitement).
- Un bulletin d'hospitalisation, un compte rendu d'hospitalisation et un compte rendu opératoire s'il y a lieu.

Vous pouvez transmettre toutes vos pièces justificatives nécessaires à l'instruction de votre situation, via votre espace personnel sécurisé *e*CARMF, accessible depuis la rubrique « Votre prévoyance ». Vous pouvez déposer plusieurs documents, en précisant la nature de chacun d'eux.

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.

N.B. : Si la durée de l'incapacité totale d'exercice est inférieure à 90 jours, il y a lieu, tout simplement, de nous indiquer, pour le bon ordre de votre dossier, la date à laquelle vous avez repris (ou reprendrez) vos activités. En cas de rechute de la même maladie dans un délai inférieur à un an, la franchise de 90 jours peut être déterminée en tenant compte des différentes interruptions de travail, si elles ont été déclarées dans le délai statutaire (cf. notice ci-jointe).

46 rue Saint-Ferdinand 75841 Paris Cedex 17
Tel. : 01 40 68 32 00 Fax : 01 40 68 33 73 Serveur vocal : 01 40 68 33 72 Internet : http://www.carmf.fr E.mail : carmf@carmf.fr

Identifiant CARMF :

Déclaration d'incapacité totale temporaire d'exercice

Je soussigné(e) :

Nom marital .....

Nom de naissance .....

Prénoms .....

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

Spécialité .....

Adresse actuelle : n° ..... rue .....

.....

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

Téléphone ..... mobile .....

E-mail .....

déclare avoir interrompu mon activité professionnelle, pour cause :

		Date(s) d'interruption
☐ de maladie (1)	Médecine libérale exclusivement (2)	
	Médecine libérale et salariée (2)	
☐ d'accident (1)	Médecine salariée exclusivement (2)	

Date(s) de reprise de votre activité s'il y a lieu (2) | |

Exerciez-vous à la date de votre arrêt de travail, une autre profession de quelque nature qu'elle soit ?

☐ oui (1) ☐ non (1)

Si oui, laquelle ? (lesquelles?) .....

.....

Date de cessation de l'activité de cette (ces) profession(s) (2)	
Date de reprise de l'activité de cette (ces) profession(s) (2)	

Veuillez renseigner ci-dessous les périodes exactes pour lesquelles vous avez fait valoir un droit aux indemnités journalières auprès de l'Assurance Maladie (CPAM) depuis le 1er janvier 2025 :

.....

.....

Avez-vous fait valoir un droit au titre <u>d'un régime de retraite</u>, autre que la CARMF ?

<u>Régime de base</u> ☐ oui (1) ☐ non (1)

Si oui, à quelle date ? .....

Auprès de quel organisme ? .....

(Exemples : CNAV, CARSAT…)

<u>Régime complémentaire</u> ☐ oui (1) ☐ non (1)

Si oui, à quelle date ? .....

Auprès de quel organisme ? .....

(Exemples : AGIRC-ARRCO, IRCANTEC….)

(1) Cocher la case correspondant à votre situation.

(2) Compléter le cadre correspondant à votre situation et inscrire la mention « NEANT » dans les autres.

Suite au verso ►

Identifiant CARMF :

Après avoir noté que l'indemnité journalière est accordée au médecin cotisant en cas de cessation d'activité pour cause de maladie ou d'accident le rendant temporairement incapable d'exercer une profession quelconque, je demande à percevoir les indemnités journalières.

Je signale que *(1) (2)* :

☐ Le service de mon cabinet médical est assuré par un remplaçant depuis le : .....

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

☐ J'ai cédé mon cabinet médical le : .....

☐ Je suis remplaçant(e), je n'ai pas de cabinet médical.

Situation de famille – renseignements demandés afin d'optimiser le traitement de votre dossier.

Nota : si votre situation est inchangée depuis une récente déclaration, merci de bien vouloir le préciser et ne pas remplir cette rubrique.

☐ Célibataire *(1)* ☐ Divorcé(e) *(1)* ☐ Veuf(ve) *(1)* ☐ Marié(e) *(1)* ☐ Pacsé(e) *(1)*

Nom et prénoms du conjoint ou collaborateur lié par un pacte civil de solidarité (PACS)

.....

Profession .....

Date de naissance ..... à ..... Département .....

Date du mariage ou du PACS .....

Renseignements concernant vos enfants

Prénoms des enfants	Sexe	Date de naissance	Lieu de naissance

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 et si minime soit-elle et de toute modification dans le mode de fonctionnement de mon cabinet,**
- **de tout versement d'indemnités journalières par l'Assurance Maladie (CPAM) depuis le 1er janvier 2025.**

Fait à le

et signature de l'affilié(e)

(1) Cocher la case correspondant à votre situation.

(2) *Compléter le cadre correspondant à votre situation et inscrire la mention « NEANT » dans les autres.*

Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD) et à la loi informatique & libertés, les données personnelles recueillies dans le cadre des traitements mis en place par la CARMF sont traités selon des protocoles sécurisés, permettant à la CARMF de gérer les demandes reçues dans ses applications informatiques. Pour toute information ou exercice de vos droits informatique et libertés (accès, rectification et suppression), vous pouvez contacter le délégué à la protection des données.

DOCUMENTATION Pour en savoir plus, téléchargez le guide de l'incapacité temporaire et invalidité sur notre site internet www.carmf.fr