

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 91<sup>e</sup> 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 31<sup>e</sup> 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 15<sup>e</sup> 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 31<sup>e</sup> jour (ou 15<sup>e</sup> 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 (référéncé "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.

*Les documents médicaux doivent être transmis à la Caisse, sous pli cacheté, revêtu de la mention "Confidentiel", au nom du Médecin-Contrôleur de la CARMF.*

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 détermnée en tenant compte des différentes interruptions de travail, si elles ont été déclarées dans le délai statutaire (cf. notice ci-jointe).

Identifiant :

## 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 d'interruption

<input type="checkbox"/> de maladie <sup>(1)</sup>	Médecine libérale exclusivement <sup>(2)</sup>	
	Médecine libérale et salariée <sup>(2)</sup>	
<input type="checkbox"/> d'accident <sup>(1)</sup>	Médecine salariée exclusivement <sup>(2)</sup>	

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

oui <sup>(1)</sup>  non <sup>(1)</sup>

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

Date de cessation de l'activité de cette (ces) profession(s) <sup>(2)</sup>

Date de reprise de l'activité de cette (ces) profession(s) <sup>(2)</sup>

**Avez-vous fait valoir un droit au titre d'un régime de retraite de base, autre que la CARMF ?**

oui <sup>(1)</sup>  non <sup>(1)</sup>

Si oui, à quelle date ? .....

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 <sup>(2)</sup> :

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 .....

(1) Cocher la case correspondant à votre situation.

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

**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 <sup>(1)</sup>

Divorcé(e) <sup>(1)</sup>

Veuf(ve) <sup>(1)</sup>

Marié(e) <sup>(1)</sup>

Nom et prénom 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.

Fait à

le

Cachet et signature de l'affilié(e)

(1) Cocher la case correspondant à votre situation.