L'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun
Doubs

Pour plus d'actualités concernant votre profession, rendez-vous sur ameli.fr

Crise sanitaire : indemnisation des médecins remplaçants

Madame, Monsieur,

La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 et les mesures de confinement qui l'ont accompagnée ont conduit à une baisse très importante de l'activité de la plupart des professions de santé.

Afin de préserver les capacités de notre système de santé dans la durée, le Gouvernement a mis en place un dispositif exceptionnel d'accompagnement économique des professionnels de santé libéraux confrontés à cette situation par l'ordonnance n°2020 – 505 du 2 mai 2020. Toutefois, en l'état, les médecins remplaçants ne sont pas éligibles à ce dispositif.
Le gouvernement a donc décidé de permettre le versement de cette aide aux médecins remplaçants dont l'activité a été particulièrement impactée par la crise sanitaire pour la période du 16 mars au 30 juin 2020. Les médecins éligibles sont ceux ayant effectué des remplacements de médecins conventionnés en 2019 et n'ayant pas bénéficié du dispositif mis en place par l'ordonnance du 2 mai 2020 pour ceux qui se sont installés depuis.

L'aide est calculée selon la forme suivante :
Prélèvements sociaux à la charge du médecin remplaçant sur la base des revenus 2019 x (3,5/12) x 30 % - aides perçues au titre du fonds de solidarité ou indemnités journalières reçues par ailleurs

L'aide est plafonnée à 5000 euros et ne sera versée qu'à condition d'atteindre un montant minimal de 50 euros. Les prélèvements sociaux sont calculés à partir des revenus 2019 déclarés aux URSSAF. Le montant des aides du fonds de solidarité et des indemnités journalières éventuellement perçues sera communiqué par les organismes les ayant versés.

Vous pouvez dès à présent et au plus tard dans un délai de deux mois à compter de la réception du présent courrier, faire une demande d'indemnisation en utilisant le formulaire ci-dessous en l'adressant à votre Caisse primaire d'Assurance Maladie à l'adresse suivante : diparemplacant.cpam251@assurance-maladie.fr. A réception de votre demande et après analyse de votre dossier, votre CPAM vous fera parvenir une notification de décision sur l'adresse mail que vous aurez utilisée. En cas d'attribution de l'aide, le règlement de cette indemnisation s'effectuera par virement bancaire sur votre compte personnel.

Nous vous remercions pour votre engagement et votre mobilisation.
Votre correspondant de l'Assurance Maladie

L'envoi de ce mail fait suite à un traitement de données mis en œuvre par l'Assurance Maladie visant à proposer une aide financière dans le cadre de l'indemnisation pour perte d'activité. Les informations nécessaires à la détermination des professionnels de santé éligibles et au calcul de l'aide proviennent pour partie des informations collectées par l'ACOSS dans le cadre de ses missions. Ces informations ne sont accessibles que par les agents habilités de l'Assurance Maladie. Conformément à la législation relative à la protection des données, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Ces droits s'exercent sur demande écrite adressée soit au Directeur de l'organisme de rattachement (CPAM) ou de son Délégué à la Protection des Données. En cas de difficultés dans l'application des droits énoncés ci-dessus, toute personne peut également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (www.cnil.fr / CNIL- 3, Place de Fontenoy TSA-80715-75334 PARIS CEDEX 07).

Formulaire de demande d'attribution du Dispositif d'Indemnisation de la Perte d'Activité

à renvoyer par mail à : diparemplacant.cpam251@assurance-maladie.fr

NIR : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

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

Numéro de téléphone : .....

Adresse électronique : .....

(Indiquer l'adresse électronique sur laquelle vous souhaitez recevoir la notification de la décision)

Je soussigné(e) Madame/Monsieur .....

Demeurant.....

.....

déclare sur l'honneur avoir effectué des remplacements de médecins conventionnés en 2019, avoir subi une baisse d'activité sur la période du 16 mars au 30 juin 2020 et ne pas avoir bénéficié d'une aide au titre de l'ordonnance n°2020-505 du 2 mai 2020 instituant une aide aux acteurs de santé conventionnés dont l'activité est particulièrement affectée par l'épidémie de covid-19.

En formulant cette demande, j'accepte que la notification de la décision me soit envoyée sur l'adresse électronique susmentionnée par ma Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

J'accepte que les données me concernant relatives aux prélèvements sociaux, aux aides perçues au titre du fond de solidarité ou des indemnités journalières, nécessaires à la détermination du montant de l'aide qui peut m'être attribuée, soient utilisées par l'Assurance Maladie.

Fait à ....., le .....