**Modèle lettre de mission à l’expert :**

***Employeur***

**Dr XXX**

**Médecin agréé**

**Objet : Demande de renouvellement d’un temps partiel thérapeutique présentée par M. ou Mme ….**

Docteur,

En application de l’article 57 (4° bis) de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée, le renouvellement de l’autorisation de travailler à temps partiel thérapeutique d’un fonctionnaire est accordée sur avis concordants du médecin traitant et d’un médecin agréé.

Vous trouverez ci-joint le formulaire de demande de temps partiel thérapeutique (fiche de liaison médicale) de M. ou Mme ………….…. comportant le certificat médical complété par son médecin traitant, ainsi que les éléments médicaux confidentiels correspondants, sous pli séparé et cacheté.

Vous voudrez bien recevoir ce dernier (cette dernière) en expertise afin de déterminer, au regard de l’avis formulé par son médecin traitant, si le renouvellement du TPT est justifié :

* soit parce que l’activité professionnelle ou la reprise des fonctions à temps partiel est reconnue comme étant de nature à favoriser l’amélioration de l’état de santé de l’intéressé(e) ;
* soit parce que l’intéressé(e) doit faire l’objet d’une rééducation ou d’une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.

Au terme de cet examen, vous porterez votre avis sur la fiche de liaison médicale en précisant la quotité de temps de travail (de 50 % à moins de 100 %) et la durée de la période de temps partiel thérapeutique (de 1 à 3 mois pour un congé de maladie ordinaire, un congé de longue maladie ou un congé de longue durée et de 1 à 6 mois pour un congé pour invalidité temporaire imputable au service).

Pour votre information, M. ou Mme ………. a déjà bénéficié de périodes de travail à temps

partiel thérapeutique selon le calendrier suivant :

* du …………. au …………
* du …………. au …………

Vous voudrez bien, en conséquence, déterminer si cette demande est effectuée en lien avec la/les affection(s) ayant déjà donné lieu à temps partiel thérapeutique et reporter ces informations sur la fiche de liaison.

A l’issue de l’examen médical pratiqué, je vous remercie de me retourner le formulaire de demande de temps partiel thérapeutique dûment complété par vos soins (Conclusions administratives) ; un rapport d’expertise détaillé devra être adressé **sous pli confidentiel** au secrétariat du Conseil Médical (Centre de Gestion de l’Ariège – 10 rue germain authié – 09000 FOIX) pour classement dans le dossier de l’agent.

Vos honoraires sont pris en charge par l’administration, il convient à cet effet de ne pas utiliser la carte vitale du fonctionnaire et m’adresser les documents suivants :

* le relevé d’honoraire (imprimé ci-joint), tarifs fixés par l’arrêté du 3 juillet 2007
* un relevé d’identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) ou de caisse d’épargne (RICE)
* votre n° SIRET composé de 14 chiffres

Veuillez, agréer, Docteur, l’assurance de ma considération distinguée.

**Modèle imprimé note d’honoraires :**

**NOTE D’HONORAIRES**

**Docteur :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N° SIRET :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom de l’agent examiné :

Né(e) le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilié(e) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de l’examen : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Motif de l’examen :

|  |  |
| --- | --- |
| MONTANT DES HONORAIRES : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Imprimé à retourner à la collectivité employeur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

après l’avoir complété et signé *(et accompagné d’un RIB)* pour règlement de vos honoraires.

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Signature

**Courrier information agent**

**Coordonnées COLLECTIVITE**

Commune, le

Nom Prénom AGENT

Adresse AGENT

Objet : EXPERTISE MEDICALE

M………..,

Vous voudrez bien noter que j’ai missionné le médecin agréé ci-dessous :

**Docteur ……………**

**Médecin généraliste agréé**

**Adresse EXPERT**

**🕿 .. .. .. .. ..**

pour la réalisation d’une expertise médicale concernant : **MOTIF de l’EXPERTISE**

Un rendez-vous a été fixé le **DATE RENDEZ-VOUS** à **HEURE RENDEZ-VOUS** ; je vous rappelle que cette expertise médicale est obligatoire, puisqu’elle conditionne la régularisation de votre situation administrative.

Lors de la consultation, vous voudrez bien présenter tous documents susceptibles d’intéresser le médecin expert : radiologie, scanner, I.R.M, résultats d’examens, etc.….

Si une circonstance exceptionnelle vous empêchait de vous rendre à ce rendez-vous (hospitalisation prolongée, résidence hors département…), vous devez m’en informer dans les meilleurs délais afin qu’un nouveau rendez-vous puisse être programmé.

Vous voudrez bien noter que les frais d’expertise sont à la charge de la collectivité.

Je vous prie de recevoir, M……….., l’expression de mes respectueuses salutations.

Le Maire ou Le Président de …………………