**Coordonnées COLLECTIVITE**

Commune, le

**Docteur ……………**

**Médecin généraliste agréé**

**Adresse EXPERT**

**🕿 .. .. .. .. ..**

Objet : EXPERTISE MEDICALE

Docteur,

J’ai l’honneur de vous communiquer sous le présent pli, le dossier de :

**M…… Nom Prénom AGENT,** né(e) le Date naissance AGENT

**Adresse** : Adresse AGENT

**Tél.** : N° téléphone AGENT

**Grade :** Grade AGENT

Collectivité employeur : Nom COLLECTIVITE

**Motif de la demande d’expertise (agent en CITIS)** : Détermination d’une date de consolidation et fixation d’un taux d'IPP.

**Questions posées par la COLLECTIVITE :**

Pouvez-vous :

* Déterminer une date de consolidation et fixer un taux éventuel d'IPP de la maladie professionnelle n°X reconnue imputable au service depuis le ../../…..
* Si son état est consolidé et qu’il bénéficie d’un taux d’IPP, merci de bien vouloir compléter le rapport médical de demande d’A.T.I ci-joint.

(*à télécharger* *sur le site de l’ATIACL).*

OU

* Déterminer une date de consolidation et fixer un taux éventuel d'IPP suite à l’accident de

service du ../../…. reconnu imputable au service par la collectivité.

* Si son état est consolidé et qu’il bénéficie d’un taux d’IPP, merci de bien vouloir compléter le rapport médical de demande d’A.T.I ci-joint.

(*à télécharger* *sur le site de l’ATIACL).*

Je vous serais obligé de bien vouloir procéder à l’examen de l’intéressé(e) et nous faire parvenir le plus rapidement possible en retour :

Le rapport d’expertise qui devra comporter 2 parties :

1. Votre conclusion administrative qui devra répondre précisément aux questions posées.
2. Le rapport d’expertise détaillé, **sous pli confidentiel séparé**, que la collectivité transmettra au secrétariat du conseil médical.
3. Le rapport médical de l’ATIACL complété.



1. Vos états d’honoraires (imprimé ci-joint à retourner complété et signé avec un RIB).

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

Le Maire ou Le Président de …………………

**Coordonnées COLLECTIVITE**

**NOTE D’HONORAIRES**

A compléter, dater, signer et retourner à Nom collectivité

**Docteur ……………**

**Médecin généraliste agréé**

**Adresse EXPERT**

**🕿 .. .. .. .. ..**

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

Nom de l’agent examiné : **…………………………………….** né(e) le ../../..

Domicilié(e) : ……………………………………………………….

Collectivité employeur : **…………………………………………**

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

Motif de l’expertise : Détermination d’une date de consolidation et fixation d’un taux d'IPP.

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

Imprimé à retourner dûment complété et signé à Nom et adresse COLLECTIVITE ***(accompagné d’un RIB)***pour règlement des honoraires pour un montant de (préciser le montant dû en toutes lettres) :

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

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature