**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)** : Justification de la prolongation des arrêts de travail au titre de l’accident de service, ou de trajet, ou de la maladie professionnelle numéro X, ou de la maladie reconnue imputable au service (hors tableau). Détermination de la date de consolidation et fixation d’un taux d'IPP.

**Questions posées par la COLLECTIVITE :** Pouvez-vous :

- Déterminer si les arrêts de travail du XX au XX sont toujours justifiés au titre de « l'accident de service du XX ou de la maladie professionnelle n°X ou de la maladie reconnue imputable au service le XX » ?

- Déterminer si les frais liés à cette pathologie (prise en charge des soins) sont à prendre en charge au titre de « l'accident de service du XX ou de la maladie professionnelle n°X ou de la maladie reconnue imputable au service le XX » et, si applicable, des soins post-consolidation ?

- Déterminer une date de consolidation et fixer un taux éventuel d'IPP.

- 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 : Justification de la prolongation des arrêts de travail au titre de l’accident de service, ou de trajet, ou de la maladie professionnelle numéro X, ou de la maladie reconnue imputable au service (hors tableau). Détermination de la 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