**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** : REALISATION D’UNE CURE THERMALE AU TITRE D’UN CITIS

**Questions posées par la COLLECTIVITE :**

Pouvez-vous nous indiquer :

- si la cure thermale prescrite médicalement à M…… Nom Prénom AGENT est liée au traitement d'une affection la/le mettant dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions ou susceptible de conduire à cette situation et doit être réalisée au titre du congé d’inaptitude temporaire imputable au service (CITIS) ?

- ou si ce traitement est un traitement d'entretien qui devra être réalisé pendant les congés annuels ?

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 :

* un rapport d’expertise qui devra comporter 2 parties :
  + - vos conclusions administratives qui devront répondre précisément aux questions posées et ne devront porter aucune mention de la pathologie concernée,
    - Le rapport d’expertise détaillé, **sous pli confidentiel séparé**, que la collectivité transmettra au secrétariat du conseil médical pour classement dans le dossier médical de l’agent.
* 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 : PROLONGATION D’UN CONGE DE LONGUE MALADIE FRACTIONNE

|  |  |
| --- | --- |
| 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