**Lettre mission + imprimé honoraires pour expert : prolongation TPT**

………………………………………………., le

**Docteur ………………………**

**………………………………….**

**………………………………….**

**………………………………….**

Docteur,

J’ai l’honneur de vous communiquer, sous le présent pli, le dossier de Mr/Mme **……………………**, né(e) le …………………………

**Adresse** : ………………………………………………………………………………………………………………………………

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

**Grade**: ………………………………………………………………………………………………………………………………..

**OBJET DE LA SAISINE DE LA COLLECTIVITE : Renouvellement d'un temps partiel thérapeutique**

**Madame ………………………. a repris son activité à temps partiel thérapeutique au taux de 50 % pendant 3 mois depuis le …………………………………… jusqu’au ……………………………. et sollicite la prolongation de ce temps partiel thérapeutique.**

**Questions posées par la Collectivité :**

**Pouvez-vous nous préciser si son état de santé justifie la prolongation du temps partiel thérapeutique ? Si oui, selon quelle quotité et pour quelle durée ?**

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

* votre rapport d’expertise qui devra comporter 2 parties : vos conclusions administratives qui devront répondre précisément aux questions posées ainsi qu’un rapport détaillé à placer sous pli **confidentiel** séparé.

* vos états d’honoraires (imprimé ci-joint à retourner complété et signé en y joignant un RIB).

Je vous prie d’agréer, Docteur, l’expression de mes salutations distinguées.

|  |
| --- |
| **Docteur ………………………………………****…………………………………………………****…………………………………………………** |

NOTE D’HONORAIRES

Nom de l’agent examiné : ………………………………………………………………………………………………………

Domicilié(e) : …………………………………………………………………………………………………………………………..

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

Motif de l’examen : Octroi d'un temps partiel thérapeutique

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

Docteur, merci de nous retourner cette facture *(accompagnée d’un RIB)* qui sera réglée par la collectivité employeur :

**……………………………………………………………………………………….…………………………….**

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.

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 …………………