**DROIT D’OPTION**

**(Prolongation CLM ou en CLD)**

Les agents titulaires affiliés à la CNRACL ont droit à un Congé de Longue Durée (CLD) en cas de tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite ou déficit immunitaire grave et acquis.

Le bénéfice du CLD est ouvert aux fonctionnaires ayant épuisé leurs droits à la période rémunérée à plein traitement d'un congé de longue maladie (CLM) – article 2 de l’arrêté du 14/03/1986 - (égale à 1 an) : cette période d’un an de CLM devient alors la première année de CLD.

Toutefois, le passage du congé de longue maladie (CLM) au congé de longue durée (CLD) n'est pas obligatoire : au terme de l'année rémunérée à plein traitement de son CLM, **le fonctionnaire peut demander à être maintenu en congé de longue maladie.**

Ce choix pourra être discuté entre l’agent et son médecin.

A la différence du congé de maladie ordinaire et du congé de longue maladie, le congé de longue durée n'est pas renouvelable au titre des affections relevant d'un même groupe d’affection.

Le fonctionnaire qui opte pour le congé de longue maladie et en obtient le bénéfice, ne peut plus se voir octroyer un congé de longue durée au titre de l'affection pour laquelle il a obtenu ce congé, s'il n'a pas recouvré auparavant ses droits à congé de longue maladie à plein traitement.

****

**Ce droit d’option étant irrévocable, l’agent devra compléter et signer sa DECLARATION DE CHOIX (p.2) et la transmettre à son employeur ainsi qu’au secrétariat du Conseil Médical, accompagnée d'un certificat de son médecin spécifiant qu'il est susceptible de bénéficier d'un tel congé.**

**DÉCLARATION DE CHOIX**

**(À remplir par l’agent)**

**Entre le congé de longue durée (CLD) et le maintien en congé de longue maladie (CLM) pour les affections relevant de l'article 2 de l'arrêté du 14/03/1986**

Je soussigné(e),

Nom .........................................................................................................................................................

Prénom ....................................................................................................................................................

Né(e) le ....................................................................................................................................................

Grade.…………........................................................................................................................................... Collectivité Employeur .............................................................................................................................

Reconnais avoir pris connaissance de la possibilité qui m’est offerte de choisir entre deux types de congé maladie à compter du …………………………………………, à savoir :

* Le Congé Longue Durée
* Le Congé Longue Maladie

et des principales caractéristiques de chaque régime (cf. note d’information p. 1).

Je reconnais également avoir été informé(e) du caractère irrévocable de ma décision.

**En conséquence, j’opte pour (cocher la case correspondant à votre choix) :**

**[ ]  Le congé longue durée [ ]  Le maintien en congé longue maladie**

Fait à ……………………………………………………………, le .....................................................

Nom et prénom de l’agent,

……………………………………..……………………………………

Signature,

**Déclaration à transmettre à l’employeur et au secrétariat du Conseil médical**