**Modèle de courrier à adresser au médecin agréé pour avis sur un congé de longue maladie, congé de longue durée, congé de grave maladie hors octroi/passage à mi-traitement/réintégration**

En-tête collectivité

A ……………….………, le ……………………..

**Docteur** ………………..

Adresse

Objet : **Demande d’avis médical**

Docteur,

Conformément au décret n°87-602 du 30 juillet 1986, l’autorité territoriale doit faire procéder au moins une fois par an ou à chaque renouvellement du congé de maladie à un examen médical par un médecin agréé ou à tout moment afin de procéder au renouvellement ou non du congé maladie.

Aussi, suite à notre échange téléphonique, je vous remercie de bien vouloir procéder à l’examen de :

**Nom de l’agent : ………………………………………………… Prénom : …………………………………**

Né(e) le : ……………………………………………….

Employé(e) dans ma collectivité à raison de …………… heures hebdomadaires,

Comme : …………………………………………………………………………. (grade et emploi.)

Qui a bénéficié d’un congé de maladie de manière continue (congé longue maladie ou longue durée ou grave maladie) depuis le ………………… jusqu’à ce jour.

L’arrêt de travail en cours se termine le …………………… (cf. copie en PJ)

Je vous saurai gré de bien vouloir me faire parvenir vos conclusions administratives sans information médicale, en répondant aux questions suivantes à l’aide du document « ordre de mission » joint à nous retourner :

* L’arrêt de travail est-il médicalement justifié ?
* Une prolongation d’arrêt est-elle possible ? pour quelle durée ?
* Une reprise est-elle envisageable ? à quelle échéance ? sous quelles conditions ?

Je vous précise que le rendez-vous, pris auprès de votre secrétariat, est prévu le ……………… à ………………heures.

Vous trouverez en pièces jointes :

* Les certificats médicaux d’arrêts de travail
* Le descriptif des missions ou fiche de poste de l’agent
* La note pour règlement des honoraires

Un courrier est adressé ce jour à l’agent lui indiquant de se présenter aux date et heure susmentionnées avec l’ensemble de ses documents médicaux : certificat médical détaillé, compte-rendu hospitalier, radiographies, résultats d’examen, prescriptions, etc.

Je vous prie de croire, Docteur, en l’assurance de ma considération distinguée.

  *L’autorité territoriale,*

 *Nom, prénom, qualité, signature*

Règlement des honoraires dus aux Médecins agréés pour examen des fonctionnaires territoriaux

**Etat des sommes dues**

*(à régler au médecin)*

**Docteur (tampon)**

**N° de SIRET** :

Nom de l’agent examiné :

Employeur de l’agent examiné :

Date de l’examen : …………………………………………………………………………….

**Honoraires TTC :** …………………………………………………………………………….

Frais de transport : ………………………………… (Nombre de kilomètres : …………………)

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

**TOTAL** s’élevant à : …………………………euros

Certifié sincère et véritable le présent état s’élevant à la somme de : …………………………………...

Lu et approuvé, A …………………………….. , le ……………………………

 Le Docteur

**Joindre un RIB/IBAN**

**Ordre de mission**

Nom de l’agent : Prénom :

Date de naissance : / /

Collectivité employeur :

Congés antérieurs : (*lister les congés maladies antérieurement accordés de type CMO, CGM, CLM ou CLD et les périodes accordées*)

Situation actuelle : (*ex CLM du ……………au…………. Ou CLD du ……………… au ………………..)*

Motif de l’expertise: (*ex contrôle CMO au-delà de 6 mois ou renouvellement du CLM*

L’agent s’est rendu au rendez-vous d’expertise ? [ ]  Oui [ ]  Non

**L’arrêt est médicalement justifié au titre :**

 [ ]  D’un congé de maladie ordinaire au titre d’une autre pathologie

 [ ]  D’un congé de longue maladie

 [ ]  D’un congé de longue durée

 [ ]  D’un congé de grave maladie

**L’agent est apte à reprendre ses fonctions ?** [ ]  Oui [ ]  Non

 [ ]  À temps complet

 [ ]  Sous forme d’un temps partiel thérapeutique

 [ ]  50 % [ ]  60 % [ ]  70 % [ ]  80 % [ ]  90 %

 Durée de …… mois (de 1 mois à 3 mois renouvelables dans la limite d’1 an) à compter du ………

**Le poste de l’agent nécessite un aménagement de poste ?** [ ]  Oui [ ]  Non

 Provisoire [ ]  - Préciser la durée : ……………………………………

 Définitif [ ]

 Détails des aménagements :

**L’agent est inapte à ses fonctions ?** [ ]  Oui [ ]  Non

⬩ De manière définitive et absolue [ ]  Oui [ ]  Non

⬩ De manière temporaire [ ]  Oui [ ]  Non

L’état de santé de l’agent nécessite un reclassement ? [ ]  Oui [ ]  Non

 Provisoire [ ]  - Préciser la durée : …………………….

 Définitif [ ]

 Détails :

**Ou**

**L’agent est inapte à toutes fonctions ?** [ ]  Oui [ ]  Non

⬩ De manière définitive et absolue [ ]  Oui [ ]  Non

⬩ De manière temporaire [ ]  Oui [ ]  Non

**Ou**

(dans le cadre d’une demande de mise en œuvre d’une période préparatoire au reclassement (PPR))

**L’agent est inapte aux fonctions des emplois de son grade ?**

Grade de l’agent :

⬩ De manière définitive et absolue [ ]  Oui [ ]  Non

⬩ De manière temporaire [ ]  Oui [ ]  Non

[ ]  En raison de pièces manquantes au dossier, je n’ai pu répondre à la mission qui m’a été confiée. J’ai demandé à l’agent de me fournir ces pièces. Dès possession de tous les éléments nécessaires, je communiquerai mes conclusions administratives rapidement.

le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin agréé