**Annexe 5**

Modèle de courrier pour expertise auprès d’un médecin agréé pour renouvellement d’un TPT au-delà des 3 premiers mois

|  |
| --- |
| **Partie à compléter par la collectivité** |

Docteur,

M. ou Mme NOM de l’agent : Prénom :

Collectivité employeur :

Poste occupé :

□ est en arrêt de maladie depuis le :

□ n’est pas en arrêt de maladie

L’agent demande à renouveler son temps partiel thérapeutique au-delà des 3 premiers mois.

Vous trouverez ci-joint le certificat médical de son médecin traitant.

L’agent a déjà bénéficié de périodes de temps partiel thérapeutique au cours des 12 derniers mois :

□ OUI □ NON

Si oui, périodes de temps partiel thérapeutique déjà octroyées :

……..mois, du………………………au………………………

……..mois, du ……………………..au………………………

……..mois, du ……………………..au………………………

……..mois, du ……………………..au………………………

|  |
| --- |
| **Partie à compléter par le médecin agréé Date de l’expertise : / /** |

□ **Avis favorable** à la reprise/prolongation à temps partiel thérapeutique

Quotité : % (minimum 50 %) Durée : mois

Aménagements nécessaires :

□ OUI, à préciser :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

□ NON

Durée : □ 1 mois □ 2 mois □ 3 mois

□ **Avis défavorable** à la reprise à temps partiel thérapeutique

□ L’agent n’est pas apte à la reprise. Durée de l’arrêt :

□ La reprise peut s’effectuer à plein temps (le temps partiel thérapeutique n’est pas justifié)

Cachet et signature du médecin agréé,

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**