**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**