**MODELE DE LETTRE DE MISSION MEDECIN AGREE**

Objet : Expertise médicale de Mr/Mme

Dossier suivi par : Mr/Mme

Pièces jointes : joindre tous les éléments médicaux et administratifs pouvant apporter des éléments concernant l’objet de la demande, faire un récapitulatif des congés maladie obtenus et des périodes de temps partiel thérapeutique accordées

Docteur,

Suite à mon appel téléphonique, je vous remercie de bien vouloir examiner :

Mr/Mme :

Né(e) le : .…/.…/….

Demeurant à :

qui a été victime d’un accident de travail / de trajet le (date)

Je vous serais obligé(e) de bien vouloir le/la recevoir en votre cabinet le (date) à (heure) afin de répondre aux questions suivantes : (liste non exhaustive)

*Arrêts de travail et / ou soins :*

* L’arrêt de travail du (date) au (date) est-il en lien avec l’accident de service du (date) / l’accident de trajet du (date) ?
* Les soins prescrits sont-ils en lien avec l’accident de service du (date) / l’accident de trajet du (date) ?
* Existe-t-il un état préexistant ? Evolue-t-il de façon autonome ?

*Guérison / Consolidation :*

* L’état de santé de l’agent en lien avec l’accident de service du (date) / l’accident de trajet du (date) est-il guéri, voire consolidé ?
* Si oui, à quelle date ?
* Y-a-t-il des séquelles indemnisables ?
* Si oui, lesquelles ?
* Quel taux d’invalidité permanente partielle (IPP) peut-on attribuer à chacune de ces séquelles conformément au barème des pensions civiles et militaires de 2001 ?
* Des soins post-consolidation destinés à éviter l’aggravation de l’état de santé de l’agent en lien avec l’accident de service du (date) / l’accident de trajet du (date) sont-ils nécessaires ? Lesquels et pour quelle durée ?

*Si l’agent est déjà indemnisé par l’ATIACL :*

Les taux d’IPP précédemment attribués à l’agent (fournir à l’expert les PV du Conseil Médical - Formation plénière) sont-ils modifiés à la date de consolidation de l’accident de service du (date) / l’accident de trajet du (date) ?

* Dans l’affirmative, réévaluer ces taux conformément au barème des pensions civiles et militaires de 2001 et préciser le libellé des séquelles.

*Aptitude / Inaptitude :*

* Les séquelles de l’accident de service du (date) / l’accident de trajet du (date) empêchent-elles, à elles-seules, l’agent de reprendre ses fonctions (préciser le libellé exact des fonctions) ?
* Si oui, l’inaptitude est-elle temporaire ou définitive ? A ses fonctions actuelles (changement de poste) ? Aux fonctions de son grade (changement de filière – reclassement) ? A toutes fonctions (retraite pour invalidité) ?
* Si non, faut-il envisager un aménagement de poste ?

*Rechute :*

* Le certificat médical de rechute du (date) est-il en lien avec l’accident de service du (date) / l’accident de trajet du (date) ?
* Y-a-il une récidive ou aggravation subite et naturelle de l’affection initiale après sa consolidation au (date) sans intervention d’une cause extérieure ? fournir au médecin agréé par l’Agence Régionale de Santé (ARS) la copie du procès-verbal du Conseil Médical - Formation plénière constatant la consolidation ou du certificat médical final de guérison.

*Cure thermale :*

* L’état de santé de l’agent en lien avec l’accident de service du (date) / l’accident de trajet du (date) justifie-t-il la prise en charge d’une cure thermale ?
* Si l’agent ne suit pas la cure dans les délais prescrits, cela le mettrait-il dans l’impossibilité d’exercer ses fonctions ?

*Appareillage :*

* Les frais d’appareillage (devis à joindre au médecin agréé par l’Agence Régionale de Santé (ARS) et au Conseil Médical - Formation plénière) sont-ils à prendre en charge au titre de l’accident de service du (date) / l’accident de trajet du (date) ?

Je vous remercie de bien vouloir me faire parvenir vos conclusions administratives ainsi que votre rapport médical, sous pli confidentiel, accompagné de votre note d’honoraire dans les meilleurs délais.

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

Date et Signature