|  |  |
| --- | --- |
| Nos références : |  |
| Nom de l’agentAdresseNuméro de sécurité socialeSinistre**Lettre RAR** | ***CPAM de la Haute- Garonne******Pôle Professionnels de Santé TOULOUSE*** ***A l’attention de l’encadrement*** ***31 093 TOULOUSE Cedex 9*** |
| Objet : Demande remboursement frais médicaux  |

**CDG31 – Modèle de demande de remboursement de frais médicaux de la CPAM pour le compte des praticiens – MAJ 26/06/2024**

Madame, Monsieur,

Ma collectivité est adhérente au Contrat Groupe d’Assurance Statutaire proposé par le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Haute-Garonne.

Dans le cadre du traitement du dossier référencé ci-dessus,

[ ]  Le Conseil Médical/formation plénière, dans sa séance du Cliquez ici pour entrer une date. a émis un avis favorable à la consolidation à compter du Cliquez ici pour entrer une date.

[ ]  La Conseil Médical/formation plénière, dans sa séance du Cliquez ici pour entrer une date. a émis un avis défavorable à l’imputabilité au service de l’accident ou de la maladie professionnelle.

[ ]  Le médecin agréé, lors de l’expertise médicale en date du Cliquez ici pour entrer une date.,a fixé une date de consolidation de ce sinistre au Cliquez ici pour entrer une date.

[ ]  Le médecin agréé, lors de l’expertise médicale en date du Cliquez ici pour entrer une date. a émis un avis médical défavorable à l’imputabilité de la rechute du de l’accident de travail du .

[ ]  Le médecin traitant a délivré un certificat médical final en date du Cliquez ici pour entrer une date.

Ce dossier relevant de la maladie ordinaire, vous trouverez ci-joint les factures pour un montant de **…€** pour paiement des praticiens assurés.

Ces soins ne sont pas pris en charge par le contrat d’assurance statutaire et **doivent être réglés directement aux praticiens.**

A cet effet, vous trouverez, ci- joint, les documents justificatifs :

* Le Procès-Verbal du Conseil Médical/formation plénière et/ou copie des conclusions administratives de l’expert ;
* L’arrêté de refus d’imputabilité AT/MP ;
* L’arrêté plaçant notre agent en Congé de Maladie Ordinaire ;
* Les feuilles de soins ;

Restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, je vous prie d’agréer, Madame, Monsieur, l’expression de mes sentiments les meilleurs.

Le Maire

Le Président