|  |  |
| --- | --- |
| Nos références : |  |
| Nom de l’agent  Adresse  Numéro de sécurité sociale  Sinistre  **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