Nom – Prénom

Adresse

Numéro de sécurité sociale

Collectivité

Personne en charge des RH/Tel

**Caisse Primaire d’Assurance Maladie**

**A l’attention du Médecin conseil**

Adresse de la CPAM dont relève l’agent

(caisse du lieu d’exercice des fonctions)

A ………………………., le……………………,

**Objet :** Octroi d’indemnités de coordination maladie à M……………..

Madame, Monsieur,

M …………………….*(Nom, prénom, date de naissance et grade de l’agen*t), fonctionnaire territorial relevant du régime spécial de protection sociale et affilié(e) à la Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales (CNRACL) a épuisé à compter du ………………. ses droits statutaires à congé de maladie ordinaire et est placé, après avis du conseil médical, en disponibilité d’office pour inaptitude physique temporaire pour une durée de ………… à compter de cette même date.

L’article 4, I du **décret n° 60-58 du 11 janvier 1960 relatif au régime de sécurité sociale des agents permanents des départements, des communes et de leurs établissements publics n'ayant pas le caractère industriel ou commercial prévoit qu’ *«****en cas de maladie, l'agent qui a épuisé ses droits à une rémunération statutaire, mais qui remplit les conditions fixées par le Code de la sécurité sociale pour avoir droit à l'indemnité journalière visée à l'article L. 321-1 dudit code, a droit à une indemnité ».* Le versement de cette indemnité incombera à notre collectivité si l’agent peut y prétendre.

Cependant, il vous appartient, en application de l’article 15 du décret susvisé, de vérifier si notre agent est susceptible de prétendre au versement de l’indemnité journalière dans les conditions de droit commun.

**Ainsi, je vous demande de bien vouloir procéder à l’examen de la situation de M………………… et vous remercie de bien vouloir m’indiquer, dans les meilleurs délais, si sa pathologie entre dans la liste des affections de longue durée.**

En effet, la reconnaissance en affection de longue durée lui permettrait de prétendre à compter du ……………… au versement des indemnités de coordination mentionnées à l’article 4, I du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960.

Pour vous aider à instruire cette demande vous trouverez joint à ce courrier les pièces suivantes :

* fiche de renseignements administratifs concernant l’agent,
* état récapitulatif des arrêts maladie de l’agent,
* copie de l’avis du conseil médical,
* copie de l’arrêté plaçant l’agent en disponibilité d’office,
* formulaire [Cerfa n° 11136 02](https://www.ameli.fr/sites/default/files/formulaires/106/s3202_homol_ix_17_rempl.pdf) dûment rempli.

Je vous prie d’agréer, Madame, Monsieur, l’expression de ma considération distinguée.

 Fait à …………………………, le ………………………

 Le Maire *(ou le Président)*

  *(prénom, nom)*

Signature