

NOTICE EXPLICATIVE (Modèle AF3)

Remplissage rapport médical

Cet imprimé doit être rempli au moment de la constitution du dossier médical.
L'employeur complète la page 1 et le cadre L de la page 3.
Le médecin complète les pages 2, 3, 4 (sauf le cadre L de la page 3).
Chaque page comporte plusieurs cadres à remplir.

PAGE 1 - À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

Compléter les éléments d'identification de l'agent	A
Employeur : indiquer la désignation de votre collectivité N° affiliation de l'agent : indiquer le numéro attribué à l'agent au moment de son affiliation à la CNRACL Emploi/Grade actuellement détenu : indiquer l'intitulé du poste occupé Nature exacte des dernières fonctions exercées : détailler la totalité des tâches effectuées par l'agent sans vous limiter à une dénomination standard (ex : ouvrier professionnel)	B
Accident de service ou maladie professionnelle : indiquer si l'agent a été victime d'un accident de service ou/et reconnu en maladie professionnelle.	C
Nom et adresse du médecin traitant : indiquer les coordonnées du médecin traitant de l'agent (généraliste ou spécialiste)	D
Dater, signer et apposer votre cachet	E

PAGE 2 - À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR (CADRE G) ET PAR LE MEDECIN (CADRES F, H, I, J)

Renseigner le haut de la page en identifiant l'agent examiné et en précisant la date de l'examen.

Renseigner la date de l'examen de l'agent	F
Date d'affiliation à la CNRACL : renseigner la date de début du versement des cotisations à la CNRACL en qualité de stagiaire ou de titulaire. Date du dernier jour valable pour la retraite : indiquer la date du dernier jour payé soumis à cotisations à la CNRACL en position statutaire de congés pour maladie. Date de radiation des cadres : indiquer la date à laquelle la radiation des cadres est envisagée	G
<i>Votre position devra être argumentée dans un rapport médical, de préférence dactylographié, à joindre obligatoirement.</i> <i>Les libellés et les taux d'invalidité indiqués doivent être conformes au barème annexé au code des pensions civiles et militaires de retraite (décret 2001-99 du 31 janvier 2001)</i>	H
Libellés des infirmités : Indiquer les infirmités présentées par l'agent dans leur ordre d'apparition.	
Date d'apparition : Indiquer la date exacte des premières manifestations de l'infirmité.	
Infirmité imputable au service : Indiquer si l'infirmité a été reconnue imputable ou non imputable au service.	
Taux préexistant à l'affiliation : Indiquer le taux d'invalidité à retenir à la date d'affiliation à la CNRACL.	
Taux au dernier jour valable : Indiquer en cas d'infirmité non imputable, le taux d'invalidité à retenir à la date du dernier jour valable pour la retraite.	I
Taux à la radiation des cadres : Indiquer en cas d'infirmité imputable au service, le taux d'invalidité à retenir à la date de radiation des cadres.	
Conclusions médicales : Répondre obligatoirement à chacune des questions par OUI ou NON selon l'état de santé de l'agent le jour de l'examen.	I
Tierce personne : Si l'état de santé de l'agent nécessite l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante, le "questionnaire TP" doit être complété et joint au présent rapport	J

PAGE 3 - À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR (CADRES K, L, N) ET PAR LE MEDECIN (CADRE M)

Ne renseigner cette page que si des séquelles d'accident de service ou de maladie professionnelle sont indemnisées par une allocation temporaire d'invalidité.

Haut de page à compléter par le médecin en identifiant l'agent examiné et en précisant la date de l'examen.

Indiquer si l'agent bénéficie d'une l'allocation temporaire d'invalidité rémunérée et le numéro ATI	K
Indiquer pour chaque séquelle indemnisée, le libellé, la date de l'accident ou de la maladie et le taux rémunéré.	L
Indiquer pour chaque infirmité rémunérée par l'ATIACL, le taux d'invalidité à retenir à la date de radiation des cadres et en cas d'aggravation, répondre obligatoirement aux deux questions.	M
Si d'autres infirmités sont rémunérées par d'autres régimes de sécurité sociale, indiquer le libellé des infirmités, le régime, le taux rémunéré et la date de l'accident ou de la maladie.	N

PAGE 4 - À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Ne renseigner cette page que si des séquelles d'accident de service ou de maladie professionnelle ne sont pas indemnisées par une allocation temporaire d'invalidité.

L'employeur doit vous avoir transmis les pièces relatives à l'accident de service ou la maladie professionnelle (rapport hiérarchique, certificat médical initial, certificat du médecin du travail...). Si vous n'en disposez pas, il faut exiger leur transmission.

Haut de page à compléter par le médecin en identifiant l'agent examiné et en précisant la date de l'examen.

En cas de maladie d'origine professionnelle, indiquer s'il existe un lien direct et certain entre la maladie et les fonctions qui ont été exercées par l'agent.	O
Si l'agent présente des infirmités imputables et non imputables au service, répondre obligatoirement à la question.	P
En cas d'infirmité préexistante, répondre obligatoirement à la question sur l'origine de l'inaptitude.	Q
Dater et signer le document et apposer votre cachet.	R