



CNRACL

La retraite des fonctionnaires
territoriaux et hospitaliers
INVALIDITÉ

RAPPORT MÉDICAL (Modèle AF3)

Retrouvez sur le site www.cdc.retraites.fr/employeur/invalidite
toutes les informations et les ressources nécessaires à la bonne gestion de vos dossiers.

PARTIE À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR AVANT L'EXAMEN MÉDICAL

Nom patronymique et prénom de l'agent : _____

Nom d'usage (épouse, divorcée, veuve) : _____

Date de naissance : | | | | | | | | | |

NIR : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

A

Employeur : _____

Numéro affiliation de l'agent : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Emploi / grade actuellement détenu : _____

Nature exacte des dernières fonctions exercées (**description précise et détaillée des tâches effectuées par l'agent ou joindre la fiche descriptive des fonctions**) :

B

L'agent a-t-il été victime d'un accident de service ? _____ Oui Non

A-t-il été reconnu en maladie professionnelle ? _____ Oui Non

Si "**OUI**", joindre un rapport hiérarchique, le certificat médical initial (photocopie) et le certificat du médecin de prévention

C

Nom et adresse du médecin traitant : _____

Téléphone : | | | | | | | | | |

D

Certifié exact, le : | | | | | | | |

Cachet et signature de la collectivité

E

RAPPEL :

Les zones sont à remplir par l'employeur,

Les zones sont à remplir par le médecin.

PARTIE À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Je soussigné, Docteur

_____ praticien ou expert, certifie avoir examiné le _____

Madame Monsieur

F

PARTIE À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

① Date d'affiliation à la CNRACL _____

② Date du dernier jour valable pour la retraite _____

③ Date de radiation des cadres _____

G

RAPPORT MÉDICAL

Joindre obligatoirement un rapport médical **dactylographié**, établissant le lien entre les infirmités énumérées et l'impossibilité pour l'agent d'effectuer les tâches qui lui incombent (cf. cadre B, page 1).

Les libellés et les taux doivent être déterminés conformément au barème annexé au code des pensions civiles et militaires de retraite.

Libellé des infirmités présentées par l'agent dans leur ordre d'apparition (même si elles sont déjà rémunérées)	Date d'apparition	Non imputable au service		Imputable au service		Infirmité contractée ou aggravée en période valable
		Taux préexistant à l'affiliation ① _____	Taux au dernier jour valable ② _____	Taux à la veille accident ou MP	Taux à la radiation des cadres ③ _____	
1	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

H

CONCLUSIONS MÉDICALES

Le fonctionnaire est-il **APTE** à exercer ses fonctions ? _____ Oui Non

Si **NON**, est-il apte à exercer des fonctions sous réserve :

- d'un aménagement de poste / fonctions ou de ses conditions de travail ? _____ Oui Non

- d'une mesure de reclassement ? _____ Oui Non

L'inaptitude du fonctionnaire à ses fonctions est-elle définitive ? _____ Oui Non

Le fonctionnaire est-il inapte à exercer toutes fonctions ? _____ Oui Non

I

TIERCE PERSONNE

L'état de santé de l'agent nécessite-t-il l'assistance d'une tierce personne ? _____ Oui Non

Si "**OUI**", joindre le questionnaire TP - www.cnracletraites.fr/employeur/invalidite

J

ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITÉ (ATI)

Partie à remplir s'il existe des séquelles d'accident de service ou de maladie professionnelle rémunérées par une allocation temporaire d'invalidité

L'agent bénéficie-t-il d'une allocation temporaire d'invalidité **rémunérée** ? _____ Oui Non

Si "oui", précisez le n° ATI : _____

K

PARTIE À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

PARTIE À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Libellé des infirmités	Date de l'accident ou de la maladie professionnelle	Taux rémunéré
	_____	_____ %
	_____	_____ %
	_____	_____ %
	_____	_____ %
	_____	_____ %

Taux d'invalidité à la radiation des cadres
_____ %
_____ %
_____ %
_____ %
_____ %

L

M

À remplir uniquement si aggravation d'une ou plusieurs des infirmités ci-dessus :

Précisez si l'aggravation est due à un fait étranger à l'accident de service / maladie professionnelle _____ Oui Non

Précisez si l'aggravation contribue à l'inaptitude _____ Oui Non

VOTRE POSITION DEVRA ÊTRE ARGUMENTÉE DANS LE RAPPORT MÉDICAL

AUTRES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX - PARTIE À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

D'autres infirmités sont-elles rémunérées par d'autres régimes de sécurité sociale ? _____ Oui Non

Si oui :

Libellé des infirmités (joindre fiche descriptive des affections)	Régime	Taux	Date de constatation
1 _____		_____ %	_____
2 _____		_____ %	_____
3 _____		_____ %	_____
4 _____		_____ %	_____

N

RAPPEL :

Les zones sont à remplir par l'employeur,

Les zones sont à remplir par le médecin.

AF3 - Examen de : _____
(Nom et prénom du fonctionnaire)

Date : _____

MALADIE PROFESSIONNELLE

En cas de maladie professionnelle, existe-t-il un lien direct et certain entre la maladie et les fonctions exercées ? Oui Non

O

COEXISTENCE D'INFIRMITÉS IMPUTABLES ET NON IMPUTABLES AU SERVICE

Les blessures ou maladies contractées ou aggravées en service contribuent-elles à la mise à la retraite pour inaptitude du fonctionnaire ? Oui Non

P

ÉTAT ANTÉRIEUR

S'il existe un état antérieur à l'accident de service ou à la maladie professionnelle, la part imputable de la séquelle contribue-t-elle à l'aptitude de l'agent ? Oui Non

Q

DATE ET SIGNATURE

Tout formulaire ne comportant pas le cachet et la signature sera retourné

Fait à : _____

Le : _____

Cachet et signature du médecin

R

RAPPEL :

Les zones sont à remplir par l'employeur,

Les zones sont à remplir par le médecin.

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
<p>Employeur : indiquer la désignation de votre collectivité</p> <p>N° affiliation de l'agent : indiquer le numéro attribué à l'agent au moment de son affiliation à la CNRACL</p> <p>Emploi/Grade actuellement détenu : indiquer l'intitulé du poste occupé</p> <p>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)</p>	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
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Date de radiation des cadres : indiquer la date à laquelle la radiation des cadres est envisagée</p>	G
<p><i>Votre position devra être argumentée dans un rapport médical, de préférence dactylographié, à joindre obligatoirement.</i></p> <p><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></p> <p>Libellés des infirmités : Indiquer les infirmités présentées par l'agent dans leur ordre d'apparition.</p> <p>Date d'apparition : Indiquer la date exacte des premières manifestations de l'infirmité.</p> <p>Infirmité imputable au service : Indiquer si l'infirmité a été reconnue imputable ou non imputable au service.</p> <p>Taux préexistant à l'affiliation : Indiquer le taux d'invalidité à retenir à la date d'affiliation à la CNRACL.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	H
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