CERTIFICAT D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL SALARIÉ

CONFIDENTIEL

VIGNETTE

À remplir par l'assuré social

Nom et prénom : .....

Numéro d'identification au Registre national : ☐☐☐☐☐☐-☐☐☐-☐☐

Adresse de résidence (si pas identique à l'adresse officielle) : .....

.....

L'assuré social doit communiquer à la mutualité toute modification concernant sa résidence dans les 2 jours calendrier de ces changements.

Ce certificat concerne: ☐ le début de cette incapacité

☐ une prolongation de cette incapacité

Situation professionnelle au moment du début de l'incapacité de travail :

Ouvrier ☐ Employé ☐ Chômeur ☐

Profession (actuelle) :

.....

.....

Êtes-vous indépendant à titre complémentaire ? ☐ NON ☐ OUI

L'incapacité est en lien avec : ☐ un accident ☐ une maladie professionnelle ☐ une autre maladie

La loi sur la protection de la vie privée (08/12/1992) accorde, aux personnes que ces informations concernent, un droit d'accès et de rectification. Tout renseignement complémentaire concernant le traitement de ces informations peut être obtenu auprès de la commission de la protection de la vie privée.

SECRET MÉDICAL : à remplir par le médecin

Sur base de mon examen clinique et des données médicales dont je dispose ce jour, je soussigné, docteur en médecine, atteste avoir constaté que la personne susmentionnée est incapable de travailler

du ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ **au** ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ **(inclus)**

Diagnostic ou symptomatologie, et/ou troubles fonctionnels :

.....

.....

.....

Des difficultés professionnelles ou sociales peuvent être mentionnées. L'ensemble de ces données permet une meilleure évaluation de l'incapacité de travail et de convoquer la personne de façon appropriée.

	ICPC-2		ICD-10
Codage facultatif du diagnostic principal :		ou	

L'intéressé est ou sera **hospitalisé** à partir du ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

En cas de **grossesse**, date présumée de l'accouchement : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Communication avec le médecin-conseil : le médecin-conseil peut me contacter au numéro de téléphone ou à l'adresse courriel suivante :

.....

Par ailleurs, les communications médicales confidentielles se feront par des applications sécurisées.

Identification du médecin avec numéro INAMI

Date et signature du médecin

CONFIDENTIEL
CERTIFICAT D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

À affranchir

À l'attention du médecin-conseil

CE CERTIFICAT EST INDISPENSABLE DANS LE CADRE DE VOTRE INCAPACITÉ DE TRAVAIL

ENVOYEZ-LE OBLIGATOIREMENT À VOTRE MUTUALITÉ ENDÉANS LES 48 HEURES

CERTIFICAT D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL - À L'ATTENTION DU MÉDECIN-CONSEIL

Expéditeur :

.....

.....

.....