

**CERTIFICAT D'INCAPACITE DE TRAVAIL
TRAVAILLEUR SALARIE**

**A renvoyer à votre mutualité dans les 48 heures
du début de l'incapacité**

Votre mutualité vous demande ces données pour l'exécution de l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités (loi coordonnée du 14.07.1994 et arrêté royal du 20.07.1971).
En application de la loi du 08.12.1992 sur la protection de la vie privée, vous avez le droit de connaître et de faire corriger vos données personnelles. Si vous voulez faire usage de ce droit, vous devez le signaler par écrit à votre mutualité. Pour plus d'information concernant le traitement de ces données vous pouvez vous adresser à la Commission pour la protection de la vie privée.

CONFIDENTIEL

A remplir par l'assuré social

Nom :
Prénom :
Numéro d'identification du Registre national :
.....-.....-.....
Numéro d'affilié :
Adresse de résidence (si pas identique à l'adresse officielle) :
.....



(L'assuré social doit communiquer à la mutualité toutes modifications concernant sa résidence dans les deux 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 : ouvrie(è)r(e) employé(e) chômage

Profession (actuelle) :

Etes-vous indépendant(e) à titre complémentaire : non oui :

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

SECRET MEDICAL: 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/...../ 20 au/...../ 20 (inclus)

Diagnostic ou symptomatologie, et/ou des 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.

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

L'intéressé(e) est ou sera hospitalisé(e) à partir du :/...../ 20

En cas de grossesse, date présumée de l'accouchement :/...../ 20

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 :/...../20 **Signature du médecin**