Ce document permet au Médecin-Conseil de vous proposer un meilleur accompagnement.

Complétez-le de façon claire et précise et envoyez-le-nous dans les 7 jours.

Nom - Prénom : .....

Numéro registre national : .....

Date de début de l'incapacité de travail : .....

Ce formulaire est CONFIDENTIEL et destiné uniquement au Médecin-Conseil

I. VOTRE ETAT DE SANTE ET VOTRE SITUATION MEDICALE

Cette partie va permettre au Médecin-Conseil de se faire une idée plus précise de votre situation médicale. Il pourra éventuellement prendre contact avec votre médecin traitant ou spécialiste et pourra décider du moment approprié pour planifier une rencontre.

1. **Pourriez-vous nous fournir une brève description de votre état de santé, de son impact sur votre quotidien et sur votre travail/votre aptitude à chercher du travail ?**

Exemple : je suis déménageur. Je n'arrive plus à soulever des charges lourdes. Je connais des difficultés pour me pencher.

2. **Avez-vous des rendez-vous médicaux déjà prévus ou à prévoir ?** **OUI** ☐ **NON** ☐

   Si vous avez coché OUI, complétez le tableau ci-dessous, sinon passez à la question suivante.

Nom du médecin ou type de rendez-vous	Date	Remarque libre
Exemple : Docteur Sourire/rendez-vous orthopédiste	Ex. : 20/12/20xx ..../..../.....	
	..../..../.....	
	..../..../.....	

A509K00711000000000000000000000000A

3. **Des traitements ou des interventions (opérations, médicaments, kinésithérapie ...) sont-ils définis ou encore à prévoir ?** **OUI** ☐ **NON** ☐

   Si vous avez coché OUI, complétez le tableau ci-dessous, sinon passez à la question suivante.

Nom du médecin ou type de rendez-vous	Date	Remarque libre
Exemple : opération du genou, antidouleur ...	Ex. : 20/12/20xx . . . . / . . . . /	Vb: Ik moet 3 keer per dag medicamenten nemen
	. . . . / . . . . /	
	. . . . / . . . . /	

II. VOS CAPACITES DE REPRISE D'UN TRAVAIL OU DE RECHERCHE D'EMPLOI

Le Médecin-Conseil doit évaluer vos capacités restantes de reprise d'un travail ou de recherche d'un emploi. Si vous êtes sous contrat de travail, il doit également collaborer avec le Médecin du Travail. Les questions suivantes vont lui permettre de mieux comprendre vos capacités.

1. **Etes-vous sous contrat de travail ?** **OUI** ☐ **NON** ☐

   Si vous avez coché oui, il faut répondre à la question 2.
   Si vous avez coché non, vous pouvez directement passer à la question 3.

2. **Avez-vous déjà eu un contact avec le Médecin du Travail ou un service externe de prévention lors de l'incapacité actuelle?**

   OUI ☐ **NON** ☐ **C'est prévu** ☐

3. **Choisissez l'affirmation qui vous correspond le mieux**

   ☐ J'estime pouvoir bientôt reprendre totalement le travail ou rechercher un emploi avant la fin des six premiers mois de mon incapacité de travail.

   ☐ J'estime ne pas pouvoir rependre totalement le travail ou rechercher un emploi avant la fin des six premiers mois de mon incapacité de travail.

   ☐ Je ne suis pas en mesure d'évaluer mes capacités à reprendre le travail.

4. **Choisissez l'affirmation qui vous correspond le mieux**

   ☐ Je souhaite reprendre partiellement mon travail, ou un autre travail, dès que possible.

   ☐ J'ai repris partiellement le travail.

   ☐ Je ne suis pas en mesure de reprendre le travail pour l'instant.

Il est nécessaire d'obtenir un accord du Médecin-Conseil pour reprendre partiellement le travail durant une incapacité de travail. N'hésitez pas à prendre contact avec Partenamut pour davantage de renseignements.

III. VOTRE PARCOURS PROFESSIONNEL

Pour évaluer la durée de votre incapacité de travail et éventuellement proposer un parcours en lien avec vos compétences, le Médecin-Conseil doit en savoir plus sur votre parcours professionnel.

Vous avez déjà fourni ces informations au cours des 12 derniers mois ET il n'y a pas eu de modifications ? Alors, passez cette partie puis datez et signez le formulaire à la dernière page.

1. Votre parcours professionnel

1.1. Avez-vous travaillé à l'étranger ? **OUI** ☐ **NON** ☐

1.2. Renseignez votre activité principale ainsi que les périodes de chômage et de travail significatives.

Périodes	Activité principale	Nom de l'employeur	Nombre d'heures par semaine	Type de contrat (Interim, CDI, CDD)	Pays	Indépendant ou salarié
Ex.: de 2012 à 20XX De . . . . . . à	**Ex. : maître d'hôtel**	**Ex . : chez "Bien manger"000**	**Ex. : 38h par semaine**	**Ex.: CDI**	**Ex. : Belgique**	**Ex. : Salarié**
De . . . . . . à						
De . . . . . . à						
De . . . . . . à						
De . . . . . . à						
De . . . . . . à						

2. Vos études

Indiquez ici votre niveau d'études (terminées) le plus élevé ainsi que l'année d'obtention du diplôme.

Indiquez également les formations que vous avez suivies (avec certificat).
Si vous avez déjà fait partie d'un programme de réinsertion socio-professionnelle, renseignez-le également.

- <u>Le diplôme le plus élevé que j'ai obtenu est (type de diplôme + filière)</u> :

Exemple : Master 120 en Sciences politiques (2012)

- J'ai suivi également les formations suivantes :

Exemple : certificat de bureautique (2015)

3. Cochez le(s) permis de conduire dont vous êtes titulaire

- ☐ A
- ☐ B
- ☐ C
- ☐ CE
- ☐ D
- ☐ Je ne possède pas de permis

Si vous souhaitez communiquer un élément particulier au Médecin-Conseil, vous pouvez utiliser le cadre-ci-dessous.
Il n'y a aucune obligation de répondre à cette partie.

IV. QUESTIONNAIRE COMPLEMENTAIRE POUR LE MEDECIN CONSEIL

Ces questions permettent d'évaluer votre état de santé, votre situation professionnelle et votre état d'esprit de manière plus concrète. Vous ne pouvez entourer qu'un seul chiffre par question.
Bien évidemment vous répondez seulement aux questions qui concernent votre situation.

Questions relatives à votre propre évaluation de votre santé et de vos possibilités de retour au travail.	
1	**Comment évaluez-vous votre propre santé ?** (Mauvaise) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Excellente)
2	**Dans quel délai pensez-vous être en mesure de reprendre le travail ?** ☐ Dans quelques semaines ☐ Dans quelques mois ☐ Dans les 6 mois ☐ Dans l'année ☐ Plus tard ☐ Jamais ☐ Je ne sais pas encore
3	**Si vous deviez reprendre le travail, comment le verriez-vous ?** ☐ Je reprendrais mon ancien travail en tant qu'indépendant ☐ Je reprendrais mon ancien travail en tant qu'indépendant, mais avec des adaptations : adaptation du lieu de travail, outils supplémentaires, emploi d'une personne (supplémentaire), ... ☐ Je ne retournerais pas travailler en tant que travailleur indépendant, mais je chercherais un emploi en tant que salarié. ☐ Autre : ---------- ----------
4	**Quel est l'impact de votre incapacité de travail sur votre entreprise ?** ☐ Il n'y a pas d'impact. Les activités peuvent se poursuivre dans leur intégralité ☐ Les activités doivent être complètement suspendues ☐ Les activités peuvent être poursuivies partiellement ☐ Les activités peuvent être poursuivies, mais avec des investissements supplémentaires (embauche de personnel supplémentaire, ...). ☐ Autre : ---------- ----------
5	**Comment estimez-vous les conséquences pour votre entreprise ?** (mon entreprise est sérieusement menacée) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (aucun impact sur la survie)

Questions relatives à votre état de santé, qui doivent permettre au médecin conseil d'évaluer vos possibilités de retour au travail	
6	**Ressentez-vous des douleurs physiques pendant le travail ?** (Jamais) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Toujours) Veuillez compléter : où ressentez-vous la douleur ? ----------
7	**Le travail vous cause-t-il beaucoup de stress ?** (Jamais) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Toujours)
8	**Dans mon travail, je me donne à 200%** (Pas d'accord) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Tout à fait d'accord)
9	**Cela ne me dérange pas si je fais une erreur ?** (Pas d'accord) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Tout à fait d'accord)
10	**Des choses désagréables se sont produites dans ma vie et j'y pense souvent.** (Pas d'accord) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Tout à fait d'accord)

Questions relatives à la perception de votre maladie	
11	**Etes-vous inquiet au sujet de votre maladie?** (Pas du tout inquiet) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Très inquiet)
12	**Votre maladie affecte-t-elle vos émotions (la maladie vous fait-elle peur, vous met-elle en colère, vous fait-elle paniquer, vous déprime-t-elle) ?** (Pas du tout d'influence) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Très grande influence)
13	**Si je recommence à travailler maintenant, j'ai peur que mes symptômes s'aggravent.** (Pas d'accord) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Tout à fait d'accord)
14	**Lorsque je serai de retour, je devrai travailler dur pour remettre en ordre ma liste de clients.** (Pas d'accord) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Tout à fait d'accord)
15	**(Si vous travaillez avec du personnel) Je m'inquiète pour mon personnel si je reste malade trop longtemps.** (Pas d'accord) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Tout à fait d'accord)

Date : . . . . / . . . . / . . . . . Signature :

Conformément au Règlement Européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données (« RGPD »), MLOZ agit en tant que responsable de traitement pour la gestion de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Notre politique de protection des données est disponible sur demande via courrier (Route de Lennik 788A à 1070 Bruxelles) ou via le lien www.mloz.be

Retourner au travail après une période de maladie ?

C'est possible avec l'aide d'un coordinateur Retour au Travail

Vous êtes en incapacité de travail depuis un certain temps en raison d'une maladie ou d'un accident. Peut-être souhaitez-vous bientôt franchir le pas vers un retour au travail ? Dans certains cas, le médecin-conseil de la mutualité l'envisage pour vous. Nous initions alors ensemble un trajet Retour au Travail, avec l'aide d'un coordinateur Retour au Travail. Vous trouverez plus d'informations à ce sujet dans ce courrier.

QU'EST-CE QU'UN TRAJET RETOUR AU TRAVAIL ?

Lorsque vous êtes malade depuis un certain temps, il n'est pas toujours évident de reprendre de soi-même le chemin du travail. Heureusement, vous n'êtes pas obligé de le faire seul. Vous pouvez bénéficier de l'aide d'un **coordinateur Retour au Travail**.
Avec votre accord, vous initiez ensemble un trajet afin d'identifier ce qui est possible pour vous. Si vous avez un emploi, nous examinons si certaines **adaptations** sont nécessaires pour y retourner. Si un retour à votre **poste actuel** est impossible, nous regardons avec vous les différentes pistes pour vous aider à trouver un **autre emploi** ou une **formation adéquate**.
Le coordinateur Retour au Travail est là pour aider en cas de besoin. Si vous souhaitez gérer vous-même votre retour au travail, vous n'avez pas besoin de faire appel à un coordinateur Retour au Travail.

QUI PEUT S'ENGAGER DANS UN TRAJET RETOUR AU TRAVAIL ?

Tout **travailleur salarié, travailleur indépendant ou chômeur** peut s'engager dans un trajet Retour au Travail. Il existe cependant deux conditions :

- Vous avez été reconnu en **incapacité de travail**.
- Votre **santé vous permet** de retourner sur le marché du travail.

COMMENT INITIER UN TRAJET RETOUR AU TRAVAIL ?

Il existe **deux manières** d'initier un trajet Retour au Travail :

- **de votre propre initiative :** vous prenez vous-même contact avec un Coordinateur Retour au Travail pour fixer un premier rendez-vous. Vous trouverez les coordonnées à la fin de ce courrier.
- **à la demande** du médecin-conseil **de la mutualité**, après une évaluation médicale favorable de votre dossier par le médecin-conseil. Dans ce cas, le coordinateur Retour au Travail vous contactera pour fixer un rendez-vous.

Union Nationale des Mutualités Libres
Route de Lennik 788A - 1070 Bruxelles
02 778 92 11 - **www.mloz.be** - Numéro d'entreprise : 411.766.483

COMMENT SE DÉROULE UN TRAJET RETOUR AU TRAVAIL ?

Cela dépend de qui prend l'initiative d'initier un trajet.
Initiative personnelle : vous contactez le coordinateur Retour au Travail via les coordonnées reprises ci-dessous. Dans certains cas, il est possible que vous receviez un questionnaire à compléter dans les deux semaines. Au plus tard **un mois** après réception du **questionnaire**, le coordinateur Retour au Travail vous fixera un moment de contact. Lors de cet entretien, le coordinateur vous expliquera son rôle et discutera de la première étape de votre trajet.

- Si vous avez déjà un travail, le coordinateur Retour au Travail vous donnera toutes les informations nécessaires concernant la **visite préalable à la reprise du travail** ou le démarrage d'un **trajet de réintégration** auprès de l'employeur via le conseiller en prévention-médecin du travail. Cela se fait toujours avec votre consentement.
- Si vous n'avez **pas de travail** ou si un retour dans votre emploi actuel n'est pas une option, alors le coordinateur Retour au Travail demandera au médecin-conseil l'autorisation d'initier un trajet. Un **accord médical** est toujours nécessaire avant d'initier un trajet.

A la demande du médecin-conseil de la mutualité : à partir de 10 semaines de maladie, vous recevrez un questionnaire à remplir de la part de la mutualité. Vous devrez le renvoyer dans les deux semaines. N'hésitez pas à contacter votre mutualité si vous rencontrez la moindre difficulté ou si vous avez besoin d'aide. Sur base de votre **dossier médical** et du **questionnaire complété**, à partir du **quatrième mois** de votre incapacité de travail, le médecin-conseil de la mutualité va évaluer ce qui est professionnellement possible pour vous.
Il y a deux possibilités.

- **Le médecin-conseil estime que vous pouvez reprendre le travail**, avec des adaptations ou mesures d'accompagnement éventuelles. Dans ce cas, le coordinateur Retour au Travail vous contactera dans le mois. Lors d'un premier entretien, le coordinateur vous expliquera son rôle et discutera de la première étape de votre trajet.
- **Le médecin-conseil estime que votre santé ne vous permet pas encore de reprendre le travail.** Aucun trajet ne sera initié à ce moment-là. Lors d'une prochaine estimation, le médecin-conseil peut encore vous orienter vers le coordinateur.

COMMENT PUIS-JE CONTACTER UN COORDINATEUR RETOUR AU TRAVAIL ?

Vous pouvez le contacter via :

- le numéro central 02 422 44 92. Vous pouvez laisser un message et le coordinateur vous recontactera.
- un formulaire en ligne que vous trouverez sur le site web www.mloz.be, sous le volet "Incapacité de travail".

OÙ PUIS-JE POSER MES QUESTIONS ?

Si vous avez des questions concernant votre dossier, vous pouvez toujours contacter votre mutualité. Vous trouverez toutes les possibilités de contact sur le site web de votre mutualité. Si vous n'avez pas accès à Internet, vous pouvez les contacter par téléphone. Tenez compte des temps d'attente éventuels.

- **Helan : 02 218 22 22**
- **Partenamut : 02 444 41 11**
- **Freie Krankenkasse : 080 64 05 15**