

K00011

**A remplir par l'assuré social**

Nom et prénom :

Numéro d'identification du Registre National :

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

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

Ce certificat concerne :  le début de cette incapacité  
 une prolongation de cette incapacité (pas de reprise depuis le dernier certificat)  
Quel est votre dernier jour de travail ou de chômage ? ..... / ..... / .....

**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 professionnelle

*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 vie privée.*

**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** ..... / ..... / ..... **au** ..... / ..... / ..... (\*) (inclus)                      (\*) la date de fin doit être le **dernier jour calendrier** qui précède la date de reprise présumée de l'activité ou du chômage.

Ce certificat concerne :  le début de cette incapacité  
 une prolongation de cette incapacité

**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.*

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

L'intéressé(e) est ou sera **hospitalisé(e)** 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





**Institut National d'Assurance  
Maladie-Invalidité**

**CONFIDENTIEL  
CERTIFICAT D'INCAPACITE DE TRAVAIL**

**PARTENAMUT**

Monsieur le Médecin-Conseil  
Boulevard Louis Mettwie, 74-76  
1080 BRUXELLES

**Au Médecin-Conseil**

## **Que faire avec votre certificat médical d'incapacité de travail ?**

Une fois ce certificat complété, par vous-même et par votre médecin traitant, adressez-le sans attendre au Médecin-Conseil de votre mutualité.  
Il vous communiquera sa décision dans les jours qui suivent.

## **A l'avenir, quelles démarches entreprendre auprès de votre mutualité ?**

Votre mutualité vous transmettra toutes les informations nécessaires à vos démarches futures.  
Voici un premier aperçu de ces démarches qui peuvent varier selon votre situation.

**Nouveau :** Le certificat indique toujours une date de début et une date de fin d'incapacité de travail.

### **Vous reprenez le travail avant la fin d'incapacité indiquée sur votre certificat médical :**

- Avertissez-nous au moyen de l'attestation de reprise de travail complétée par votre employeur.

### **Vous reprenez le chômage avant la fin d'incapacité indiquée sur votre certificat médical :**

- Avertissez-nous au moyen de l'attestation de reprise de travail complétée par votre organisme de paiement.

**Vous n'êtes pas encore capable de reprendre le travail à la date de fin d'incapacité indiquée sur votre certificat médical (prolongation) :**

ou

**Vous avez repris le travail mais vous retombez en incapacité de travail dans les 14 jours qui ont suivi votre reprise (rechute) :**

- **Envoyez un nouveau certificat d'incapacité de travail dans les 7 jours** au Médecin-Conseil de votre mutualité.  
Si vous dépassez ce délai, le montant journalier de vos indemnités éventuelles sera réduit de 10% à partir de la date de début d'incapacité indiquée sur votre certificat jusqu'au jour de l'envoi de votre certificat inclus.

### **Vous reprenez le travail ou le chômage après la fin d'incapacité indiquée sur votre certificat médical :**

- Vous ne devez pas nous avvertir de votre reprise.

### **Vous souhaitez reprendre partiellement votre travail ou exercer une autre activité adaptée à votre état de santé, pendant votre période d'incapacité de travail :**

- Demandez une autorisation au Médecin-Conseil de votre mutualité avant de reprendre une telle activité.

### **Vous êtes convoqué(e) pour un examen médical par le Médecin-Conseil :**

- Présentez-vous à l'examen. Si vous êtes absent(e) à l'examen, le paiement de vos indemnités éventuelles sera suspendu. Si votre absence se prolonge sans justification, le Médecin-Conseil pourra décider de mettre fin à votre incapacité de travail.

### **Vous envisagez de séjourner à l'étranger durant votre incapacité de travail :**

- Au préalable, contactez-nous.

Pour toute information complémentaire, votre mutualité reste votre premier interlocuteur.  
N'hésitez pas à nous contacter.