



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

**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)

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

**Ou**  
Coller une vignette de mutuelle

**SECRET MÉDICAL : à remplir par le médecin**

Sur la 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 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 : ...../...../.....

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 e-mail suivante : .....

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

Identification du médecin avec numéro INAMI :

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

Signature du médecin

.....