

## Certificat d'incapacité de travail

À utiliser pour la déclaration à votre mutualité, à Medex ou à la SNCB, Infrabel, HR Rail

(Pour tous les champs obligatoire / facultatif / interdit : voir ensemble de données en fonction du destinataire)

NOM		Date de naissance	
PRENOM		Tél. patient	
NISS		Tél. contact	
Profession (actuelle)		Travailleur indépendant : oui- non	Sexe : M F X

### DURÉE DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL :

De (la date de début)	Jusqu'à (la date de fin)	<input type="checkbox"/> Prolongation (facultatif)	<input type="checkbox"/> Rechute (facultatif)
-----------------------	--------------------------	--	---

Rendre noir ce qui est applicable

<input type="checkbox"/> Maladie			
<input type="checkbox"/> Maladie liée à la grossesse		Date présumée de l'accouchement	... - ... - 20..
		Date initiale du congé de maternité	... - ... - 20..
<input type="checkbox"/> Accident	<input type="checkbox"/> Privé / Droit commun <input type="checkbox"/> Accident du travail <input type="checkbox"/> Accident sur le chemin du travail	Date de l'accident	... - ... - 20..
<input type="checkbox"/> Maladie professionnelle		Date demande maladie professionnelle	... - ... - 20..
Quitter le domicile		<input type="checkbox"/> Pas d'interdiction	<input type="checkbox"/> Interdiction

### DIAGNOSTIC (max 3):

Codetype	+ code	et/ou texte libre
Codetype	+ code	et/ou texte libre
Codetype	+ code	et/ou texte libre

### ☐ HOSPITALISATION (facultatif)

De (la date de début)	Jusqu'à (la date de sortie)	Adresse de l'hôpital
Nom de l'hôpital		

☐ LIEU DE CONVALESCENCE (facultatif): Rue - N° - Code postale - commune/ville

☐ DEMANDE DE SÉJOUR À L'ÉTRANGER (facultatif) : De (la date de début) Jusqu'à (la date de fin)

NOM DU DISPENSATEUR DE SOINS N° INAMI	Signature du dispensateur de soins (peut s'agir d'une signature scannée)
N° de Tel / e-mail (facultatif)	
Référence du certificat : abcd12345678	DATE: date de l'attestation

Remettez ce certificat au médecin conseil de **votre mutualité** par courrier postal ou déposez-le au bureau (contre accusé de réception).

Quand ? Lorsque votre incapacité de travail commence.

- Vous êtes **ouvrier** ? Vous disposez alors de 14 jours calendrier (1<sup>er</sup> jour d'incapacité de travail inclus)
- Vous êtes **employé** ? Vous disposez alors de 28 jours calendrier (1<sup>er</sup> jour d'incapacité de travail inclus).
- Vous êtes **indépendant** ou **chômeur** ? Vous disposez alors de 7 jours calendrier (1<sup>er</sup> jour d'incapacité de travail inclus).

En cas de prolongation de votre incapacité de travail ou en cas de rechute : introduisez votre déclaration dans les 7 jours calendrier (1<sup>er</sup> jour de cette période d'incapacité de travail non inclus). Pour de plus amples informations, contactez votre mutualité.

**Vous êtes fonctionnaire** et votre employeur fait appel à Medex pour la gestion de vos certificats de maladie, d'accident de travail ou de maladie professionnelle ? Envoyez ce certificat par la poste à **Medex – Certificats médicaux, Avenue Galilée 5 boîte 5 à 1210 Bruxelles**, dans les meilleurs délais.

Vous travaillez à la "SNCB, Infrabel ou HR Rail" et vous préférez envoyer votre certificat d'incapacité de travail par la poste ? Alors, ceci doit être fait dans les 48 heures suivant la consultation du médecin, le cachet de la poste faisant foi. Veuillez alors mentionner l'adresse suivante :

**À l'attention du médecin en chef de HR Rail, 10-04 HR Rail Certificat médical, rue de France 85, 1060 Bruxelles.**

Ces données sont traitées conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD) et à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.