

CERTIFICAT D'INCAPACITE DE TRAVAIL  
SALARIE  
Confidentiel  
La Mutualité Neutre

Apposez ici votre vignette

A REMPLIR PAR L'ASSURE SOCIAL

Nom et prénom : .....

Numéro d'identification du Registre National : .....

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

*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 protection 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)

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.*

ICPC-2

ICD-10

Codage facultatif du diagnostic principal :  ou

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

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

Communication  
Identification du médecin

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

# Confidentiel

CERTIFICAT D'INCAPACITE DE TRAVAIL  
Pour votre prochaine incapacité de travail, à renvoyer obli-  
gatoirement à votre mutuelle dans les 48 heures du début  
de l'incapacité.



A Monsieur le Médecin-Conseil de  
La Mutualité Neutre  
DA 827-830-0  
5000 NAMUR