

# CERTIFICAT D'INCAPACITE DE TRAVAIL INDEPENDANT



CONFIDENTIEL

VIGNETTE

Nom et prénom .....

Numéro d'identification du Registre national :  -  -

Adresse de résidence (si différente de 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:

Indépendant(e)  Conjoint(e) aidant(e)

**Profession (actuelle):**

**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.*

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*

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.**

Identifications du médecin avec numéro INAMI

Date et signature du médecin

A remplir par l'assuré social

SECRET MEDICAL: à remplir par le médecin

### Informations utiles pour l'utilisation de ce formulaire

- Faites compléter le formulaire « Certificat d'incapacité de travail » par votre **médecin prescripteur**. Toutes les rubriques doivent être complétées pour que le certificat d'incapacité de travail puisse être reconnu comme valable.
- Renvoyez le certificat dûment complété **par la Poste** à la mutualité. Le cachet de la poste fait foi de l'envoi et de la date de réception du formulaire. **Ne déposez jamais** votre certificat complété dans une boîte aux lettres de la mutualité, **ni** dans une enveloppe destinée à vos remboursements des soins..
- **Transmettez nous toujours le certificat complété dans les temps.** Le certificat doit être transmis au médecin-conseil de la mutualité dans les délais ci-dessous (à partir de la date de début de l'incapacité de travail) :

Indépendants (Remarque: il existe une "déclaration d'incapacité de travail" spécifique pour les salariés)	28 jours calendrier
Employés	28 jours calendrier
Ouvriers	14 jours calendrier
Chômeurs et autres personnes qui ne travaillent pas (plus) au début du risque social (par ex. : intérimaires dont le contrat expire)	48 heures
Gardiennes qui s'occupent de l'accueil des enfants dans le cadre d'une organisation agréée	48 heures
Après une sortie d'hôpital	48 heures
En cas de rechute après une reprise du travail	48 heures
Certificat de prolongation de l'incapacité de travail	48 heures après la date de fin de reconnaissance reprise sur le formulaire de reconnaissance
<b>Un bon conseil en cas de doute: transmettez toujours votre déclaration dans les deux jours calendriers.</b>	

### Bon à savoir

- Si vous déclarez tardivement votre incapacité de travail, vous perdrez 10% de l'indemnité d'incapacité de travail à laquelle vous avez droit jusqu'à la date de réception (cachet de la poste faisant foi) de la déclaration d'incapacité.
- Le médecin-conseil évaluera votre incapacité de travail et vous communiquera par écrit sa décision.
- Vous êtes encore malade à l'expiration de la date de fin mentionnée sur le formulaire de reconnaissance ? Transmettez nous à temps un nouveau certificat de **demande de prolongation** de votre incapacité de travail.
- Vous avez repris le travail ou le chômage avant la date de fin de reconnaissance ? Transmettez **l'attestation de reprise de travail ou du chômage dûment complétée** à votre mutualité.
- Ne reprenez jamais une activité professionnelle à temps partiel ou une autre activité durant votre incapacité de travail sans **autorisation préalable** du médecin-conseil.
- Présentez vous toujours à une convocation de contrôle du médecin-conseil. Dans le cas contraire, vos indemnités d'incapacité de travail seront bloquées. Si vous ne pouvez pas vous y rendre pour des raisons médicales, prenez contact avec votre mutualité.



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

**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)

**Ou**  
Coller une vignette de mutuelle

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

Situation professionnelle au moment du début de l'incapacité de travail :  indépendant(e)     conjoint(e) aidant(e)

Profession (actuelle) : .....

L'incapacité est en lien avec :  un accident     une maladie professionnelle qui découle d'une activité salariée

**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

.....

CERTIFICAT D'INCAPACITE DE TRAVAIL  
INDEPENDANT  
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 :

: Indépendant(e)     : Conjoint(e) aidant(e)

Profession (actuelle) :

.....  
.....  
.....

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 : ... / ... / .....

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

Communication  
Identification 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 Mutuelle Neutre  
DA 827-830-0  
5000 NAMUR

