

CONFIDENTIEL

INUTILE  
D'AFFRANCHIR

JJBEA80000000000008267

Monsieur le Médecin-Conseil  
de la Mutualité Libérale du Luxembourg  
Certificat d'incapacité de travail

**DA 824-170-0**

Avenue de la Gare 37  
6700 Arlon

# CERTIFICAT D'INCAPACITE DE TRAVAIL SALARIE

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 calendriers 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:

Ouvrier(e) Employé(e) Chômeur(e)

**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.*

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

EVD02019-01/2016

A remplir par l'assuré social

SECRET MEDICAL: à remplir par le médecin