

Vous pouvez demander ces prestations réduites que vous soyez statutaire ou contractuel.le.

- **Faites compléter ce formulaire par votre médecin.**
- La proposition de votre médecin doit **toujours être soumise à Medex avant de débiter les prestations réduites**. Un médecin de Medex peut éventuellement adapter la proposition.
Vous devez avoir été examiné.e au moins 5 jours ouvrables avant le début des prestations réduites (au cas où vous devriez contester notre décision) dans le centre médical de votre région. Pour être certain.e d'avoir un rendez-vous à temps, contactez le Service Center Santé au moins 2 semaines avant le début des prestations réduites.
- **Apportez ce formulaire complété lors de votre examen médical chez Medex.**
- Votre demande de prestations réduites doit satisfaire aux **conditions** suivantes :
 - il n'est pas nécessaire que ces prestations réduites suivent immédiatement une période d'absence liée à une incapacité du travail ;
 - en principe, ces prestations réduites ne sont pas limitées dans le temps mais doivent cependant être liées à votre accident du travail ou à votre maladie professionnelle reconnue;
 - votre médecin doit :
 - motiver la demande ;
 - faire une proposition pour les prestations réduites ;
 - prévoir que vous travaillerez au moins la moitié d'un temps plein (conformément à la législation) ;
 - prévoir les prestations réduites sur une période significative (par exemple 30 jours calendrier) ;
 - ne doit pas nécessairement prévoir une reprise progressive par palier (50% puis 60% par exemple).
- Pour l'organisation concrète des prestations de travail et les éventuelles incidences administratives (par ex. au niveau de l'impact sur le nombre de jours de congé, sur vos vacances ou sur votre rémunération), renseignez-vous auprès de votre service du personnel.
- Une **prolongation** est possible et elle doit faire l'objet d'une nouvelle demande.

Plus d'informations ? www.medex.belgium.be • Service Center Santé : 02/524 97 97 (de 8h à 13h)

1. Coordonnées du patient

Numéro de Registre National

Nom

Prénom

Numéro de téléphone

2. Je soussigné.e, docteur.e en médecine, certifie que :

Le patient/la patiente a été victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle le : / / 20

Diagnostic :

Motivation de la nécessité des prestations réduites :

3. Proposition de prestations réduites

jours à partir du / / 20 à %

Coordonnées du médecin

N° INAMI

Date / / 20

Signature et cachet du médecin