

Les fonctionnaires statutaires qui ne relèvent pas de la fonction publique fédérale sont invités à contacter leur service du personnel afin de s'assurer qu'un tel régime de prestations est prévu dans leur statut et de connaître le service médical auquel ils doivent s'adresser en pareil cas.

Si l'employeur a désigné **Medex** comme service médical, les procédures reprises ci-dessous sont d'application :

- **Faites compléter cette proposition de prestations réduites par votre médecin traitant.**
- **Amenez ce formulaire complété lors de votre examen médical.**
- Votre demande de prestations réduites doit satisfaire aux **conditions** suivantes :
  - les prestations réduites doivent **suivre** immédiatement **une période d'absence** (maladie ou accident de la vie privée) **de longue durée.**
  - votre médecin traitant doit :
    - motiver la demande
    - proposer un plan pour les prestations réduites
    - mentionner la date (présumée) de la reprise complète du travail.
- Prenez **rendez-vous** en appelant notre call center de préférence une quinzaine de jours avant la date de début des prestations réduites.
- Pour ce qui est du contenu concret des prestations de travail et des éventuelles incidences administratives (par ex. au niveau de l'impact sur le nombre de congés de vacances ou sur la rémunération), renseignez-vous auprès de votre service du personnel.
- Une **prolongation** est possible, mais elle doit faire l'objet d'une nouvelle demande.

Plus d'information ? [www.medex.belgium.be](http://www.medex.belgium.be) / Contact Center : 02/524 97 97

### 1. Coordonnées du patient

Numéro de Registre National	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>
Numéro de téléphone	<input type="text"/>

### 2. Je soussigné, Docteur en médecine, certifie que :

Le patient est en incapacité de travail depuis le :  /  / 20

Diagnostic :

Motivation de la nécessité de prestations réduites :

.....

.....

### 3. Proposition de prestations réduites

**Date de début**  
= dernier jour de maladie + 1

..... mois à ... %

/  / 20  .....

..... mois à ... %

..... mois à ... %

**Date présumée de la reprise complète du travail par l'intéressé(e)**

/  / 20  (champ obligatoire)

#### Coordonnées du médecin

N°INAMI

Date

/  / 20

Signature et cachet du médecin