

**CERTIFICAT MÉDICAL DE PROLONGATION D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL  
ET/OU DE REPRISE D'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE**

**ASSURANCES MMH SCRL**  
A l'attention du Médecin Conseil  
Bd Alfred de Fontaine, 15  
6000 Charleroi

**ASSURANCES MMH SCRL**

Agréée sous le n° BNB 2921

Je soussigné(e), Docteur .....à.....

Tél .....

Déclare et certifie avoir examiné ce .....

M. /  Mme ..... Né(e) le.....

Habitant à ..... Code postal .....

Rue ..... Tél .....

Le/la malade  n'est pas hospitalisé(e)  
 est / a été hospitalisé(e) du ..... au.....inclus.

*(Biffer la mention inutile)*

**A. Il/elle est en Incapacité Totale de Travail du .....au ..... inclus.**

Son incapacité totale de travail durera encore environ .....jours.

**Résumé de l'évolution justifiant la prolongation de l'incapacité totale :**

.....  
.....

**B. Il/elle reprendra son activité professionnelle le .....**

Date + signature et cachet

**Ce certificat ne peut excéder 14 jours d'incapacité**