



Circulaire 6285

du 24/07/2017

MEDCONSULT : Modification de l'adresse courrier du certificat médical de l'organisme de contrôle de maladie du personnel enseignant et assimilé.

Réseaux et niveaux concernés	Destinataires de la circulaire
<input checked="" type="checkbox"/> Fédération Wallonie- Bruxelles	<ul style="list-style-type: none">- A Madame la Ministre-Présidente, Membre du Collège de la Commission communautaire française chargée de l'enseignement ;- A Madame et Messieurs les Gouverneurs de province ;- A Mesdames et Messieurs les Bourgmestres ;- Aux Pouvoirs organisateurs et Directions des établissements scolaires organisés ou subventionnés par la Fédération Wallonie-Bruxelles;- Aux directeurs des Centres psycho-médico-sociaux organisés ou subventionnés par la Fédération Wallonie-Bruxelles ;- Aux Administrateurs d'Internats et Homes d'Accueil de la Fédération Wallonie-Bruxelles ;- Aux Membres des Services d'Inspection ;- Aux Syndicats du personnel enseignant ainsi que du personnel ouvrier et administratif ;- Aux organes de représentation et de coordination des Pouvoirs organisateurs ;
<input checked="" type="checkbox"/> Libre subventionné <ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> libre confessionnel<input checked="" type="checkbox"/> libre non confessionnel)	
<input checked="" type="checkbox"/> Officiel subventionné	
<input checked="" type="checkbox"/> Niveaux : Tous	
Type de circulaire	
<input type="checkbox"/> Circulaire administrative	
<input checked="" type="checkbox"/> Circulaire informative	
Période de validité	
<input checked="" type="checkbox"/> A partir du 16/08/2017	
Documents à renvoyer	
<input type="checkbox"/> Oui	
<input type="checkbox"/> Date limite :	
<input type="checkbox"/> Voir dates figurant dans la circulaire	
Mot-clé :	
MEDCONSULT Certificat médical	

Signataire						
Administration : Administration générale de l'Enseignement Jean-Pierre HUBIN, Administrateur général						
Personnes de contact						
Service : Service général de Coordination, de Conception et des Relations sociales						
<table border="1"><thead><tr><th>Nom et prénom</th><th>Téléphone</th><th>Email</th></tr></thead><tbody><tr><td>VANDECAN Anne-Marie</td><td>02/413.37.62</td><td>anne-marie.vandecan@cfwb.be</td></tr></tbody></table>	Nom et prénom	Téléphone	Email	VANDECAN Anne-Marie	02/413.37.62	anne-marie.vandecan@cfwb.be
Nom et prénom	Téléphone	Email				
VANDECAN Anne-Marie	02/413.37.62	anne-marie.vandecan@cfwb.be				

Madame, Monsieur,

Par la présente, je vous informe qu'**à partir du 16 août 2017**, l'adresse figurant sur le certificat médical agréé, destiné à l'organisme de contrôle des absences pour maladie, MEDCONSULT, utilisé par les membres du personnel enseignant et assimilé, sera modifié comme suit :

MEDCONSULT

A l'attention du Médecin coordinateur

Boîte postale 10018

1070 BRUXELLES

La seule modification apportée à ce certificat concerne l'adresse.

Afin d'éviter tout désagrément aux membres du personnel enseignant et assimilé, un suivi des certificats médicaux envoyés à l'ancienne adresse : MEDCONSULT, Rue des Chartreux 57 à 1000 Bruxelles, sera encore effectué par l'organisme de contrôle jusqu'au 31 octobre 2017.

Les certificats médicaux agréés comportant la nouvelle adresse (voir exemplaire en annexe) seront transmis aux établissements scolaires durant la deuxième quinzaine du mois d'août 2017 et pourront également être téléchargés sur le site de MEDCONSULT via le lien <http://www.hdp.be/fr/medconsult/formulaires2>

Les modes de transmission des certificats à l'organisme de contrôle demeurent inchangés :

-Soit par courrier affranchi comme lettre postale (à l'adresse reprise ci-dessus en encadré),

-Soit par télécopie au numéro 09/280.44.53,

-Soit par courrier électronique à l'adresse : certificatfbw@medconsult.be (il importe dans ce cas d'envoyer une copie scannée du certificat complété et signé)

Pour rappel, le membre du personnel conserve évidemment le choix du mode de transmission et ne doit utiliser qu'un seul de ceux-ci. En d'autres termes, il ne faut pas doubler un envoi par courriel ou télécopie d'un envoi par courrier postal.

Il est indispensable également de rappeler aux utilisateurs des certificats de veiller à compléter lisiblement et entièrement le volet qui leur est destiné.

Je vous remercie de bien vouloir diffuser, avec la plus extrême rigueur, ces informations auprès des membres de votre personnel concernés, en ce compris, les membres du personnel momentanément éloignés du service.

D'avance je vous remercie pour votre collaboration.

L'Administrateur général,

Jean-Pierre HUBIN.

ANNEXE A LA CIRCULAIRE

Ne pas utiliser ce document en cas d'un accident du travail ou sur le chemin du travail

A. Données de la personne : à remplir lisiblement et complètement

Humidifier et coller

Humidifier et coller

Nom et prénom du membre du personnel :
Date de naissance :
N° Registre National
N° Matricule enseignant :
Rue, N° et boîte :
Code postal et localité :
Téléphone (fixe ou GSM) :
Le cas échéant domicile provisoire durant la maladie :
Nom sur la sonnette :
Rue, N° et boîte :
Code postal : Localité

Nom, adresse et numéro FASE de l'établissement :

Plier ici

Plier ici

B. Données du certificat : à compléter par le médecin traitant

Je soussigné(e), Docteur en médecine, déclare, après interrogation et examen, que

Monsieur/Madame est incapable de travailler du .../.../... au .../.../... inclus

Cause de l'incapacité : maladie prolongation rechute Accident de la vie privée

Nature de l'affection :

- Congé de maternité
Demande de mi-temps médical (30j)
Prestations réduites à des fins thérapeutiques (6 mois)
Demande de séjour à l'étranger
Renouvellement de mission (1 an)
Maladie liée à la grossesse
Sortie : autorisée / interdite
Hospitalisation :
Date de l'examen :

Signature et cachet

Signature and stamp box

Détacher ici

Détacher ici

C. A conserver par le membre du personnel

Je soussigné(e), Docteur en médecine, déclare, après interrogation et examen, que

Monsieur/Madame est incapable de travailler du .../.../... au .../.../... inclus.

- Sortie: autorisée / interdite
Cause de l'incapacité : maladie / accident de la vie privée / demande de mi-temps(30j) / maladie liée à la grossesse
Incapacité prescrite : congé de maternité / demande de séjour à l'étranger / renouvellement de mission (1an) / prestations réduites à des fins thérapeutiques (6 mois)
Hospitalisation :
Date de l'examen :

Signature et cachet

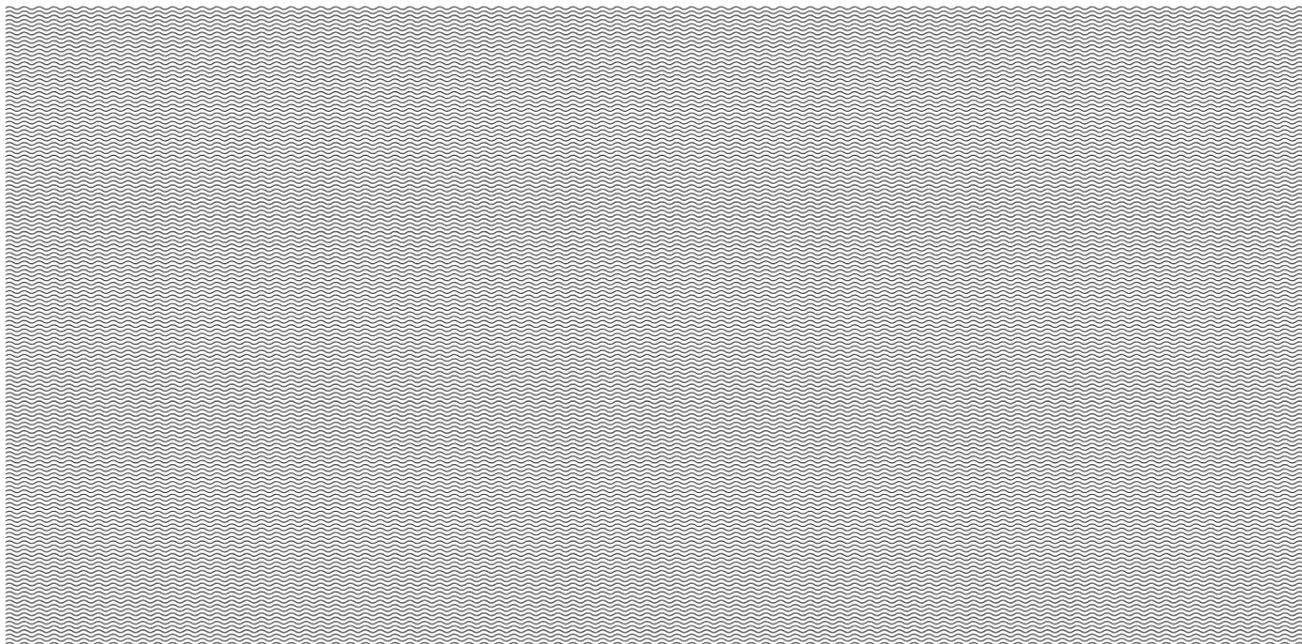
Signature and stamp box



A AFFRANCHIR
COMME LETTRE

Medconsult

A l'attention du médecin coordinateur
Boîte postale 10018
1070 BRUXELLES



Les coordonnées que le membre du personnel communique au service médical ainsi que les coordonnées du médecin traitant, sont enregistrées dans un traitement automatisé afin de gérer les données de l'absence. Le responsable du traitement est Medconsult A.S.B.L., 57 rue des Chartreux, 1000 Bruxelles. Conformément à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements des données à caractère personnel, le membre du personnel et le médecin traitant ont un droit de regard et un droit de correction. Pour de plus amples renseignements, vous pouvez prendre contact avec la Commission de la protection de la vie privée (Rue Haute 139 à 1000 Bruxelles)