

# Demande de trajet de réintégration

## MÉDECIN TRAITANT



*Veillez remplir tous les champs correctement. Ces informations sont absolument nécessaires pour traiter correctement votre demande de réintégration. Si des données sont manquantes, nous devons vous recontacter avant de pouvoir traiter la demande.*

**Le soussigné médecin** (nom et prénom du médecin traitant) :

Numéro INAMI :

Adresse : Rue :

Numéro :

Boîte :

Code postal :

Commune :

Adresse e-mail du médecin :

Numéro de téléphone du médecin :

Détenteur du DMG

Médecin généraliste

Spécialiste

**demande au conseiller en prévention-médecin du travail de démarrer un trajet de réintégration pour :**

monsieur/madame (nom et prénom de la personne à examiner) :

Date de naissance :        /        /        NISS :

Numéro de la mutuelle :

(Collez ici la vignette ou notez le numéro de la mutuelle)

Adresse : Rue :

Numéro :

Boîte :

Code postal :

Commune :

Travail actuel convenu :

Le travailleur concerné est inapte au travail depuis :        /        /

Raison de la demande de trajet de réintégration :

Nom de l'entreprise :

Numéro BCE :

Nom du responsable du personnel (HRM) :

Nom du supérieur hiérarchique :

Date, cachet et signature du médecin :

/        /

Veillez envoyer votre demande de trajet de réintégration par courrier postal à notre service clientèle régional ou via l'application MyBox eHealth à l'attention du Groupe IDEWE (le document peut être ajouté en pièce jointe).