

Boîte postale 10037  
1070 Bruxelles/Brussel

TEAM HEALTH  
Tél. 04/220.33.01  
Disponible de 8 à 17h  
gestionsinistres@ethias.be  
P51707

Monsieur ANDRE BRUNELLE  
Rue des Verreries, 111/1  
5100 JAMBES

**A INDIQUER IMPERATIVEMENT**  
**N° doss.: >SMS117055622<**  
**Concerne: BRUNELLE ANDRE**

Liège, le 15 novembre 2022

Monsieur,

Nous nous référons à la déclaration "soins de santé" relative à l'hospitalisation du 28 avril 2022 enregistrée via le système Assurcard.

Grâce à l'accord de tiers payant octroyé pour cette hospitalisation, nous avons acquitté la facture en versant directement à l'hôpital le montant porté à charge, soit 16,96 EUR.

Toutefois, nous vous rappelons que nous sommes toujours dans l'attente du **certificat médical** demandé lors de l'enregistrement de l'hospitalisation. Ce document confidentiel qui doit préciser **la nature exacte de l'affection** à l'origine de l'hospitalisation permet à notre médecin-conseil de nous renseigner sur nos obligations contractuelles.

C'est pourquoi, nous vous invitons à le transmettre dans les plus brefs délais à notre médecin directeur, le Docteur H. Van Lierop (OM Lg 5695), Ethias, BP/PB 10037, 1070 Bruxelles/Brussel, où il sera conservé dans le dossier.

Si ce certificat ne lui parvient pas endéans le mois, nous serons contraints de procéder à la récupération totale des montants que nous avons versés à l'hôpital. Nous tenons à vous préciser que ce document peut être complété par le médecin de votre choix.

Nous restons à votre disposition pour toute précision complémentaire et nous vous prions d'agréer, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

Pour le comité de direction,  
Els De Keyser  
Head of Claims Health & Workers' Compensation



DECLARATION POUR  
INTERVENTION  
<< Soins de santé >>

>SMS117055622<

CERTIFICAT MEDICAL  
(Document à compléter par le médecin de votre choix)

Je soussigné, . . . . .  
déclare que BRUNELLE ANDRE  
I. est en traitement depuis le : . . . . . (1)  
pour : . . . . . (2)  
II. doit être hospitalisé du . . . . . au . . . . . (3)  
a été hospitalisé du . . . . . au . . . . . (3)  
pour . . . . . (4)  
III. doit être opéré le . . . . . (3)  
a été opéré le . . . . . (3)  
pour . . . . . (4)  
Codification I.N.A.M.I. de l'intervention : . . . . .  
Fait à . . . . ., le . . . . .  
Le médecin (signature),

- (1) Date à laquelle l'affection a été constatée la première fois
- (2) Indication de la nature de l'affection ou de la lésion. A défaut, d'indication, envoi d'un court rapport au médecin directeur d'Ethias.
- (3) Barrer les mentions inutiles.
- (4) Indication de la nature de l'intervention.



1102220138385812