

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

1. Réclamation contre dentiste (Prénom/nom) :

.....

2. Tous les dentistes et cliniques dentaires de post-traitement, en particulier mais pas exclusivement (Prénom/nom/lieu) :

.....

3. Le / la soussigné(e) (Prénom/nom) :

.....

	OUI	NON
déclare qu'il/elle a déjà fait une tentative d'arrangement amiable oral ou écrit en personne auprès de son dentiste (<u>obligatoire</u>), mais que celle-ci a échoué;	<input type="checkbox"/>	
conteste le montant de la note d'honoraires du dentiste;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
réclame contre la qualité de la prise en charge du dentiste;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
joint la note d'honoraires contestée à la présente (si celle-ci n'a pas déjà été produite);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prend connaissance du fait que le dentiste concerné a reçu une copie de sa réclamation et qu'il doit prendre position sur celle-ci (<u>obligatoire</u>) ;	<input type="checkbox"/>	
libère tous les dentistes visés aux points 1 et 2 explicitement du secret professionnel et autorise la remise à la commission d'expertise de la Société d'Odonto-stomatologie du Canton de Berne de l'ensemble des documents relatifs à la prise en charge dentaire sur lesquels se base la contestation de la note d'honoraire et/ou la réclamation contre la qualité du travail (<u>obligatoire</u>) ;	<input type="checkbox"/>	
confirme que le cas n'est pas en suspens auprès d'une autre commission/instance ou a déjà été jugé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

motive brièvement la réclamation (si cela n'a pas déjà été fait)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Patient

Prénom/nom

Adress

Code postale/ville

Numéro de téléphone privé

Numéro de téléphone professionnel

Adresse e-mail

Date

Signature (représentant légal si mineur)