

## 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"/>	<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;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**OUI      NON**

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 (obligatoire)

---

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** .....